

Koordinering av pasienttjenester.

Hjemmesykepleierens erfaringer med samhandling internt i kommunen.

Masterstudent: Sylvia K. Jensen

Veileder: Anne Norheim

Master i helsevitenskap

Universitetet i Stavanger

Institutt for helsefag; Det samfunnsvitenskapelig fakultet

Universitet i Stavanger

Mai 2013

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

(vår/høst- årstall): våren 2013

FORFATTER/ MASTERKANDIDAT: Sylvia Kristel Jensen

VEILEDER: Anne Norheim

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**Norsk tittel:**

Koordinering av pasientttjenester.

Hjemmesykepleierens erfaringer med samhandling internt i kommunen.

Engelsk tittel:

Coordination of patient services:

How home care nurses experience collaboration with other health care providers within the municipality.

EMNEORD/ STIKKORD:

Fokusgrupper, Samhandlingsreformen, relasjoner, kommunikasjon, samarbeid.

ANTALL SIDER:

91 sider (inkludert vedlegg)

STAVANGER

Sylvia Kristel Jensen 30.05.2013

Forord

Denne oppgaven markerer slutten på min mastergradsutdanning i Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. I denne oppgaven har jeg fått muligheten til å se nærmere på hjemmesykepleiernes erfaringer med samhandling internt i kommunen.

Prosessen fra ide til gjennomført studie har utfordrende og lærerik. Til tider ganske frustrerende, men stort sett en spennende tid.

Jeg ønsker å gi en stor takk til veileder Anne Norheim for konstruktiv kritikk, gode råd og motivering.

Jeg vil også takke min kjære familie. De har vært en uvurderlig kilde til støtte og oppmuntring.

Sandnes, 28.mai 2013

Sylvia Kristel Jensen

Masteroppgaven består av to deler:

Del I: Artikkel

Del II: Kappe

Del I: Artikkel

Tittelside

Type manuskript: Vitenskapelig artikkel

Antall ord: 4588

Tittel:

Koordinering av pasienttjenester: Hjemmesykepleierens erfaringer med samhandling internt i kommunen.

Kort tittel:

Koordinering av pasienttjenester i kommunen

Forfatter:

Sylvia K. Jensen, sykepleier, Stavanger kommune

Anne Norheim, førstelektor, institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger.

Korresponderende forfatter:

Sylvia K. Jensen

Hansabeen 10, 4313 Sandnes

sylviakristel@hotmail.com

40 10 64 82

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Omsorgstjenestene i Norge har i dag over 200 000 brukere, og mer enn 160 000 mottar hjemmetjenester i omsorgsbolig eller eget hjem. Mange av pasientene vil få tjenester fra ulike tjenestesteder og flere faggrupper. Dette vil kreve godt koordinerte tjenester for å møte pasientenes behov. Det er derfor av betydning å få kunnskap om hvordan sykepleiere i hjemmetjenesten erfarer arbeidet med koordinering av pasienttjenester.

Hensikt: Å beskrive hvilke forutsetninger som er av betydning for hvordan sykepleiere i hjemmebaserte tjenester koordinerer pasienttjenester

Metode: I denne studien ble det brukt kvalitativt design. Det ble gjennomført fokusgruppeintervju med sykepleiere i hjemmetjenesten i to kommuner på vestlandet i Norge. Intervjuene omhandlet deres erfaringer knyttet til samarbeid og informasjonsutveksling med andre faggrupper i kommunen. Intervjuteksten ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.

Funn: Fra analysen kom det fram to hovedtema «organisatoriske utfordringer» og «betydningen av gode interpersonelle relasjoner».

Konklusjon: Samarbeid mellom yrkesgrupper er sammensatt. Sykepleierne påpeker betydningen av at interne og eksterne forhold påvirker hvordan de koordinerer pasienttjenester med andre faggrupper.

Nøkkelord: kommunikasjon, fokusgrupper, interprofesjonell, relasjoner.

SUMMARY

Title: Coordination of patient services: How home care nurses experience collaboration with other health care providers within the municipality.

Background: Care services in Norway currently have over 200 000 users and more than 160 000 are receiving home care in sheltered housing or private homes. Many of the patients will receive health services from different service locations and multiple providers. This will require well-coordinated services to meet patients' needs. It is therefore important to gain knowledge about how nurses in home care experience working with coordination of patient services.

Purpose: To describe the conditions that are of importance for how nurses in home care coordinate patient services

Method: This study used qualitative design. Focus group interviews were conducted with nurses from the home care services from two different municipalities in the west of Norway. The interviews explored their experiences with coordination and information exchange with other professionals in the community. Interview texts were analyzed using qualitative content analysis.

Findings: From the analysis, there emerged two main themes, "organizational challenges" and "the importance of good interpersonal relationships."

Conclusion: Cooperation between professional groups is complex. The nurses pointed out the importance that both internal and external factors affect how they coordinate patient services with other professionals.

Keywords: communication, focus groups, interprofessional, relationship.

Introduksjon

Omsorgstjenestene har i dag over 200 000 brukere, hvorav 40 000 bor i sykehjem og mer enn 160 000 mottar hjemmetjenester i omsorgsbolig eller eget hjem (St.meld. nr 25, 2005-2006).

Det er forventet at pleie- og omsorgssektoren vil få enda større belastning i tiden framover (St.meld. nr.45, 2002-2003). På grunn av økt levealder vil eldre bli en stadig større del av befolkningen, og sammen med dette vil det bli økt sannsynlighet for pasienter med langvarige og sammensatte sykdommer. Mange av pasientene vil motta tjenester fra ulike tilbydere og flere faggrupper. Dette vil kreve en stor innsats innen koordinering for å møte pasientenes behov. Vansker med å skaffe nok kvalifisert personell og effektivisering av helsesektoren er utfordringer som vil bli stadig mer aktuelle.

Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47, 2008 – 2009) viser til at veksten av tjenestelevering innen eldreomsorgen de siste årene har vært størst i hjemmetjenesten. Mottakere av hjemmesykepleie er en stor og variert gruppe som har ulike behov. Mange av kommunenes pleietrengende pasienter mottar hjemmesykepleie, og målsetningen om at flere skal få tilbud om helsehjelp i hjemmet, skaper et stort behov for koordinering rundt denne pasientgruppen. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-4 beskriver behovet for samhandling mellom ulike enheter innad i kommunen. I Samhandlingsreformen presiseres behovet for økt koordinering av pasienttjenester, for pasientens sikkerhet og kontinuitet i pleien, og for å bedre ressursbruken av helsepersonell (St.meld.nr.47, 2008 – 2009). Samhandlingsreformen sier også at "Samhandlingen mellom ulike enheter internt i kommunene er like utfordrende som internt i foretakene" (St.meld.nr.47, 2008 – 2009:50). Målet for informasjonsflyt i kommunene er at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som er preget av kontinuitet og er godt samordnet. Disse politiske målsetningene sammen med økte krav for

effektivitet og samhandling (St.meld.nr.47, 2008 – 2009; Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011) setter store krav til hjemmesykepleierens evne til koordinering.

Kommunikasjonen innen en organisasjon er ikke bare en utveksling av informasjon, den har også en sosial funksjon. Mennesker har behov for sosial kontakt for å skape sosiale fellesskap, gruppeidentitet, selvrespekt og motivasjon (Erlien, 2012). Kjennetegnet på god kommunikasjon er at den reduserer usikkerhet (Erlien, 2012). Det gjør den fordi den gir svar på spørsmål og dekker behovet for ny kunnskap. Relasjonen mellom yrkesgruppene kan ha en betydelig påvirkning på interprofesjonelt samarbeid (Reeves, Lewin, Espin & Zwarenstein, 2010). For eksempel kan hierarkiske forskjeller plassere de ulike gruppe medlemmene i forskjellige sosiale og økonomiske forhold til hverandre. Dette kan underbygge kvaliteten på relasjonen. Å ha en tydelig rolle og yrkesidentitet vil støtte samarbeidet (Reeves m.fl., 2010; Kristoffersen, 2006). Andre elementer som tid, rom, rutiner og ritualer knyttet til samarbeidet vil også påvirke hvordan samarbeidet utarter seg (Reeves m.fl., 2010).

Å arbeide effektivt sammen med andre innen helsetjenesten er en utfordring. Betydningen av kommunikasjon for å kunne levere gode helsetjenester er godt kjent. Forskning viser at kvaliteten på kommunikasjon og samarbeid påvirker pasientens behandling, pleie og sikkerhet (Curtis, Tzannes & Rudge, 2011). Andre studier sier også at det er avgjørende med samhandling og kommunikasjon mellom helsepersonell for at pasienten skal få en trygg og sikker behandling (Pelletier, Duffield & Donoghue, 2005). Økende fokus på uønskede hendelser i helsetjenesten gjenspeiler også hva som kan skje når kommunikasjonen svikter (Apker, Mallak & Gibson, 2007; Aase, 2010). Hvor det påpekes at dårlig kommunikasjon er ofte kilden til uheldige hendelser i helsevesenet (Apker m.fl., 2007).

Forskning på relasjonen mellom sykepleier og andre faggrupper har vist at tydelig kommunikasjon bedrer behandling av pasienter (Havens, Vasey, Gittell & Lin, 2010).

Tidligere forskning har undersøkt hva som hemmer kommunikasjonen mellom hjemmebaserte tjenester og sykehus. Funnene viser blant annet at uplanlagte utskrivelser til hjemmet, dårlig tid og manglende innsats fra sykehuset var noen av de største hindrene for god kommunikasjon (Shah, Burack & Boockvar, 2010). Andre studier viser til at det er sykepleiernes fleksibilitet og skjønnsutøvelse som gjør at kommunikasjonen likevel fungerer. (Danielsen & Fjær, 2010).

Utydelig og manglende kommunikasjon mellom helsepersonell er ofte et funn som fører til svik i overføring av pasientopplysninger (Chassin & Belcher, 2002; Bates & Gawande, 2003; Horwitz m.fl., 2009). Barrierer i informasjonsutveksling øker uforutsigbarheten rundt overføring av informasjon, og dermed trusselen mot pasientens sikkerhet. Forskning identifiserer flere former for informasjonsbaserte barrierer: forsinket informasjon, manglende informasjon, feil i informasjonen, for mye informasjon og informasjon til feil tidspunkt (Apker m.fl., 2007; Welsh, Flanagan & Ebright, 2010). Hierarki, stor arbeidsmengde, overlappende skift og flere mennesker involvert i pasientens pleie er også barrierer som hindrer god kommunikasjon (Curtiz m.fl., 2011) The Joint Commission beskriver i punkt 2 behovet for å forbedre effektiviteten i kommunikasjon mellom helsepersonell. Denne målsetningen kommer av dokumentasjon som tilsier at kommunikasjonssvikt er identifisert som årsaken til ca 70 % av alle uønskede hendelser, og i ca 75 % av disse hendelsene døde pasientene (Aase, 2010).

Ved at studien min undersøker hvordan sykepleierne i hjemmesykepleien kommuniserer med andre faggrupper i kommunen, vil den søke å belyse et svært aktuelt problem i helsevesenet.

Hensikt

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien beskriver forhold som er av betydning for koordinering av pasienttjenester. Denne artikkelen presenterer resultatene fra to fokusgrupper med sykepleiere i hjemmebaserte tjenester. Denne studien ser spesielt på faktorer som påvirker samhandling og koordinering innen kommunehelsetjenesten fra sykepleiernes ståsted.

Metode

Det ble benyttet fokusgruppeintervju som metodisk tilnærming. Målsetningen med fokusgruppene var å få mer kunnskap om forhold som sykepleierne i hjemmetjenesten opplever er av betydning for koordinering av pasienttjenester. Slike gruppeintervjuer er godt egnet for å få fram sykepleiernes forestillinger, holdninger og vurderinger (Wibeck, 2000). Kombinasjonen av samhandling og emnefokus gjør fokusgrupper særlig egnet til å produsere empiriske data om betydningsdannelse (Halkier, 2010). Intervjuundersøkelser egner seg godt til å gi informasjon om personers opplevelser, synspunkter og selvforståelse (Silverman, 2011; Thagaard, 2011).

Utvalg. Anbefalt størrelse på fokusgrupper er 4-6 personer (Wibeck, 2000). Ved så små utvalg kan de ikke baseres på en tilfeldig utvelgelse. I denne studien er det brukt et strategisk utvalg for at materialet skal ha potensialet til å belyse problemstillingen (Malterud, 2013). Informantene var sykepleiere fra to forskjellige kommuner på vestlandet. Alle var ansatt i hjemmesykepleien og jobbet med koordinering av pasienttjenester.

For å skaffe informanter ble en formell søknad sendt leder for helse- og sosial sektoren i de to kommunene. Begge kommunene var positive til å delta i studien. Informasjon om studien ble

formidlet til sykepleierne fra avdelingsleder/ virksomhetsleder. Alle informantene ble invitert til å delta med skriftlig informasjon om prosjektet.

Informantene hadde ulik erfaring og stilling i hjemmesykepleien. I kommune 1 jobbet sykepleierne hovedsaklig med direkte pasientrettet pleie. I kommune 2 jobbet 3 av informantene med direkte pasientrettet pleie, mens de resterende hadde ulike administrative oppgaver i hjemmesykepleien (avdelingssykepleier, virksomhetsleder, fagansvarligsykepleier). Informantene hadde fra 3 år til over 10 års erfaring i yrket. Av disse tolv var det kun en mann.

Gjennomføring av fokusgruppeintervju. Datainnsamlingen foregikk i mars og april 2012.

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer med seks deltakere i hver gruppe. Hver fokusgruppe møttes en gang. Intervjuene varte ca en time, og ble utført på arbeidsplassen til sykepleierne. Det ble brukt intervjuguide som var utformet med semi-strukturert design, og intervjuene ble utført som en samtale hvor gruppe medlemmene i stor grad bestemte samtalen. Under fokusgruppeintervjuene ble personalet bedt om å gi eksempler fra yrkesutøvelsen på hvordan de opplevde samarbeid mellom faggrupper i kommunehelsetjenesten, erfaringer rundt bruk av elektronisk kommunikasjon og beskrive med egne ord hva de opplevde som betydningsfullt for koordinering av pasienttjenester. Kun avbrutt av oppfølgingsspørsmål ved behov for utdyping av meningsinnhold av data. Samme moderator ble brukt for begge intervjuene.

Transkripsjon og analyse. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og deretter fortløpende transkribert. Det transkriberte materialet ble først lest igjennom for å få et inntrykk av informantenes erfaringer. Transkripsjonene ble lest igjennom flere ganger for å danne seg et inntrykk av tema og et generelt inntrykk av informantenes svar. Det følger av min problemstilling at jeg har valgt å fokusere på det latente innholdet i datamaterialet. I

analyseprosessen ble det brukt innholdsanalyse etter Graneheim og Lundmans (2004) modell. Først begynte prosessen med koding. Koder ble videre kategorisert og delt inn i tema. Målet var å komme fram til forhold som sykepleierne opplevde som viktige ved koordinering. Teksten ble analysert på bakgrunn av dette perspektivet, og var i tråd med studiens teoretiske grunnlag. To hovedfaktorer kom fram av analysen; organisatoriske utfordringer og relasjonens betydning.

Etiske aspekter. Studien ble godkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste, og ledelsen i begge kommunene. Helsinkideklarasjonen 1964-2000 ble utarbeidet for å beskytte forsøkspersoner og pasienter i medisinsk forskning. Deklarasjonen etablerer en standard for hvordan medisinsk forskning bør utføres på en etisk forsvarlig måte (Ruyter, Førde & Solbakk, 2007). Alle deltakerne ble gitt skriftlig informasjon om studiens formål. Her ble de også informert om at deltakelse var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg. Helt til slutt signerte de på samtykkeskjema før oppstart av fokusgruppene. Moderator hadde ikke personlig relasjon til deltakerne. Alle data ble forsvarlig oppbevart og anonymisert.

Funn

I den følgende analysen presenteres funnene fra begge fokusgruppene under ett. Der hvor det finnes ulikheter vil det presenteres under de ulike punktene. Fokusgruppene førte fram til flere forhold som var av betydning for koordinering av pasienttjenester. Disse funnene bestod av eksterne og interne faktorer. Eksterne faktorer bestod av organisatoriske utfordringer. Herunder opplevelsen av ressursmangel og stor arbeidsmengde, bruk av rett kompetanse og bruk av moderne kommunikasjon. De interne faktorene var betydningen av gode

interpersonelle relasjoner. Herunder forhold som nærhet og relasjonsbygging, sammen med individuelle forutsetninger til samarbeid.

Opplevelse av ressursmangel og stor arbeidsmengde

Sykepleierne uttrykket at de opplevde ressursmangel som en negativ faktor for koordinering av pasienttjenester. De var opptatt av den store arbeidsmengden de selv og samarbeidende faggrupper hadde. Sykepleierne i begge kommunene uttrykket forståelse for at andre faggrupper hadde stor arbeidsmengde, og at det derfor ikke opplevdes som realistisk å få et nært samarbeid med alle faggruppene. I kommune 1 ble det uttrykket i gruppesamtalen slik:

«(...)jeg tror ikke legen vil prioritere det. De har jo fulle lister på dagen. Og da tenker jeg at det er litt håpløst. (...)Og det har jo vært litt opp i dagen akkurat det. At vi skal kunne forlange det av legene, men de bare ler av det. Det er ikke realistisk.»

Og i kommune 2:

«Det e jo ikke på grunn av de enkeltpersonene, det er jo ressursene i kommunene».

Sykepleierne var enstemmig enige om at en av de største utfordringene de hadde med koordinering av pasienttjenester var samarbeidet med fastlegen ettersom de opplevde at legene hadde stor arbeidsmengde. Det var denne faggruppen de jobbet tettest sammen med, og var avhengig av å ha trygg og rask form for kommunikasjon. Sykepleieren erfarte at å få kontakt med fastlege på telefon som frustrerende, og informanter fra begge kommuner var enstemmig enige om at dette var den mest tidkrevende oppgaven i samarbeid med andre faggrupper. Dette kommer fra i et utdrag fra diskusjonen i kommune 1:

«(...)hvis du skal ringe til et legekantor så tar det jo litt tid. For å komme gjennom. Du er jo bare enda et nummer i køen. Det tar veldig lang tid. Det er veldig frustrerende. Det har vært

lett å ty til å ringe det hemmelige nummeret. Hvor vi legger fram pasientens problem og får hjelp på den måten. Og det godtar de som regel fint. Når vi sier vi har stått en halvtime til trekvarter i telefonkø. Ja. Akkurat det er litt utfordrende».

Flere av informantene beskrev at det oppstod situasjoner der kommunikasjonen mellom lege og sykepleier oppleves som utydelig. Det oppstod blant annet misforståelser angående tilbakemeldinger på problemstillinger og avtaler for hjemmebesøk. Noe disse to utsagnene viser:

«Jeg tenker også på det når vi kontakter lege for å få vurdering på en aktuell problemstilling, også kommer pasienten tilbake fra legetimen og vi får skriv fra legen hvor det ikke virker som han har sett på det vi mente var problemstilling i det hele tatt».

«Noen ganger så er det litt frustrerende når du vet at legen skal komme på hjemmebesøk, også plutselig er han hos pasienten og så reiser han uten at vi får beskjed».

Moderne kommunikasjon

Begge kommunene hadde implementert elektronisk kommunikasjon. Sykepleierne i kommune 1 oppgav at de var i oppstartsfasen med elektroniske kommunikasjon. Det var på det tidspunktet kun få fastleger som hadde blitt knyttet opp til nettverket. I kommune 2 hadde det vært større fokus på elektronisk samhandling, og de hadde knyttet seg opp til flere faggrupper allerede. I kommune 2 foregikk hovedvekten av all kommunikasjon elektronisk. Selv om kommunene i denne studien hadde ulik grad av implementering, hadde sykepleierne i begge kommunene tanker og erfaringer knyttet til bruk av denne type teknologi.

I kommune 2 sørget den elektroniske kommunikasjonen for oppdatert informasjon om pasientens behov. Når det fungerte som tenkt hadde de til enhver tid oversikt over hvilke tjenester pasienten mottok, hvor pasienten oppholdt seg (hjemmet/ sykehjem / sykehus) og en oppdatert plan over hjelpebehov framover. Begge fokusgruppene oppga at samarbeidet med fastleger opplevdes lettere. Legene som var tilknyttet nettverket opplevdes som mer tilgjengelig, og dermed kunne sykepleierne hurtig videreformidle problemstillinger. Sitatene nedenfor beskriver:

«Jeg opplever at legen er mye mer tilgjengelig når vi har han her elektronisk. For det går så mye tid tapt i forsøk på å få tak i legen. Jeg føler vi rekker over mye mer, og treffer flere leger når vi har den elektroniske løsningen».

«Også er det jo sånn i en hektisk hverdag. Du blir jo bombardert med problemstillinger, også er det bare å sette seg ned og få det unnagjort. Istedenfor å ha det på blokk og ikke bli ferdig med det».

Sykepleierne fikk tilbake tydelige og skriftlige ordinasjoner. Det var ingen forventning om at fastlegen skulle svare øyeblikkelig på disse elektroniske meldingene, men for problemstillinger som kunne vente noen dager var det en ypperlig løsning. En sykepleier i kommune 2 uttrykket det slik:

«Jeg syns det fungerer ganske greit med de e-meldingene til legene. For vi vet jo at vi ikke kan bruke det som øyeblikkelig hjelp. Det kan ta noen dager før vi får svar, men som regel får vi svar»..

Den elektroniske kommunikasjonen hadde også noen fallgruver. Sykepleierne sa at elektroniske meldinger sparte dem tid fordi de ikke måtte vente i telefonkø. Derfor ble kontakt med fastlege på telefon ble kun brukt dersom det var behov for øyeblikkelig svar. Det kunne oppstå problemer med den elektroniske kommunikasjonen dersom fastlegen var bortreist,

eller midlertidig utilgjengelig. Det var ingen automatikk i at elektroniske meldinger ble videresendt til vikarierende fastlege. Ettersom sykepleierne ikke forventet øyeblikkelig svar, så kunne det gå noe tid før de oppdaget at fastlegen ikke hadde mulighet for å svare dem. Dette førte til at sykepleierne kunne bli usikre på om meldingen var kommet fram.

«(...)Men det er litt sånn som jeg har opplevd at det tar lenge før du får svar. Det er litt sånn med meldinger at du må ringe litt i ettertid og høre om de har fått meldingen. Så er du på en måte like langt».

Bruk av rett kompetanse

Sykepleierne uttrykket et ønske om å delegere noen oppgaver til andre faggrupper. Dette var arbeidsoppgaver som de mente burde utføres av helsepersonell med bedre kompetanse.

Erfaringen var at dette ville spare tid og skape mindre frustrasjon for sykepleierne. Særlig ved bestilling av hjelpemidler opplevde sykepleierne det som frustrerende å ikke ha nok kompetanse. Sykepleierne i kommune 2 hadde ikke denne faggruppen lett tilgjengelig. Årsaken til dette mente informantene skyldes ressursmangel. Dermed ble ansvaret for bestilling av de aller fleste hjelpemidler en av sykepleierens oppgaver. Sykepleierne i kommune 1 hadde ergoterapeut tilgjengelig på samme bygg og opplevde at muligheten for å delegere vekk arbeidsoppgaver som bestilling av hjelpemidler som et stort gode. Noe dette utsagnet om samarbeid med ergoterapeut beskriver:

«(...)vi sparer enormt mye tid og frustrasjon. For kanskje vi ikke har trent oss så veldig opp på akkurat det. Mens hun vet så mye bedre hva vi trenger, eller for eksempel hvor på badet den bøylen skal stå».

Relasjonens betydning

Informanter fra begge fokusgruppene kom med uttalelser om hva det betydde å kjenne den du samarbeider med. De var engasjerte og positive når de snakket om samarbeidspartnere de hadde en relasjon til. Personer der de enten delte kontor eller hadde over tid bygget opp et forhold.

I uttalelsene til informantene var det noen faktorer som gikk igjen. De opplevde at for å kunne få tydelig kommunikasjon var det viktig med mulighet for møter. Her kunne de diskutere problemstillinger med samarbeidspartner ansikt til ansikt. Sykepleierne var oppfinnsomme og fleksible for å få til dette. De deltok på tverrfaglige møter, de var med på pasientens legetime enten i hjemmet eller på legekantor, de var raske til å etterspørre møter, og fulget opp med etterlysning dersom det var lenge siden sist. Disse møtene virket oppklarende på utydelig informasjon og økte kjennskap til samarbeidspartnere. En av sykepleierne sa dette om erfaringen med tverrfaglige møter:

«(...) vi fikk på en måte ryddet opp i en del spørsmål som vi lurte på, og som pårørende og satt og lurte på for å si det sånn. Sånn at det gikk jo greit, og etter det så har det jo vært litt, altså det er sånn som du sier, da har du jo et ansikt på den legen sant. Altså du, vi vett om hverandre».

Slike møter ga også mulighet for læring. Utsagn fra to sykepleiere i kommune 1 beskriver hvordan de opplever at legen kunne tilføye nye synspunkt på problemstillinger som de ikke hadde tenkt på:

«Du får en del. Vi er kanskje litt sånn at vi kun tenker på den og den tingen. Også sitter legen der og tenker på et helt hav. Og plutselig begynner å spør om sånn og sånn og sånn . Da begynner du å tenke og sånn, og du får kanskje informasjon som du kanskje ikke vet helt om».

«Hvis vi får kommunikasjon med legen. Da e det kanskje bare en ting vi henger oss opp i, også kommer legen med nye tilføyelser».

Andre faktorer som var av betydning var muligheten for uformelle møter. Det å ha samarbeidspartnere i nærheten gjorde det enkelt å utveksle informasjon og løse problemstillinger. Disse uformelle møtene sparte dem mye tid. Det kom fram i fokusgruppene i begge kommunene. I kommune 2 blir dette uttrykt slik :

«Det er så enkelt å bare stikke innom for å si noe og diskutere småting. Vi ser hverandre. Vi har en møteplass»

«Det er så mye som blir løst der og da, i stedet for at du skal gå og irritere deg. Drive å ringe og ikke treffe på personer. Bruke tid på sanne ting».

Det var viktig for sykepleieren at de opplevde å bli verdsatt. At de opplevde at den andre faggruppen tok dem seriøst, og handlet deretter. En av sykepleierne sa dette om samarbeidet med leger:

«Også er det noen som setter pris på oss. Og er veldig gode å samarbeide med».

Selv med godt fungerende rutiner, elektronisk kommunikasjon og godt grunnlag for å bygge relasjoner kom det fremdeles fram at grunnlaget for godt samarbeid var avhengig av individene de samarbeidet med. Individenes personlighetstrekk kunne avgjøre om samarbeidet fungerte. En av sykepleierne i kommune 1 uttrykket dette slik:

»Det er forskjell på legene. Det er noen leger som ikke vil, eller det ikke passer å samarbeide med».

Diskusjon

Hjemmesykepleierens rolle i koordinering av pasienttjenester

Kunnskap i vårt samfunn er ofte spesialisert, og forskjellige yrkesgrupper ivaretar spesifikke funksjoner og arbeidsoppgaver. Dette fører til at behovet for samordning og samarbeid er stort (Orvik, 2004). Som generalist er sykepleieren godt skikket til å ivareta et helhetssyn på pasientens situasjon. Derfor er det ofte naturlig at det er sykepleierens ansvar å koordinere tjenester knyttet til pleie, omsorg og rehabilitering (Kristoffersen, 2006).

Organisatoriske utfordringer

Informantene erfarte at arbeidsbelastningen i helsesektoren var en av årsakene til frustrasjon og tidsbruk i koordinering av pasienttjenester. Økende krav for effektivisering fører til at tid er en knapphetsressurs (St.meld. nr. 25, 2005-2006; Orvik, 2004). Forvaltningen av knappe ressurser er en integrert del av rollen som profesjonsutøver. Ressursforvaltning har tradisjonelt hatt en sentral plass i sykepleiernes yrkessosialisering, med opplæring til «å bruke tiden vel» (Orvik, 2004:152). Sykepleierne i denne studien opplever å bli overveldet av mengden av problemstillinger, og erfarte at dette var gjeldende for alle yrkesgruppene i helse- og sosialtjenesten. Opplevelse av større arbeidsbelastning kan henge sammen med at yrkesutøvelsen for sykepleiere har blitt mer komplisert (Orvik, 2004). Sykepleierne i studien min beskriver at de i noen tilfeller overtar oppgaver som de selv opplever å mangle kompetanse på. Som bestilling av hjelpemidler som skal være spesialtilpasset pasienten. De sier selv at dette skyldes manglende ressurser hos den aktuelle profesjonen som de mener burde utført arbeidet. Det var vanskelig å finne litteratur eller forskning som sier noe om hvorfor sykepleierne overtar disse arbeidsoppgavene. Som yrkesgruppe står sykepleierne i spenningsfeltet mellom å ivareta pasientens helhetlige behov, og møte organisasjonens krav til effektivitet. Sykepleierne skal ivareta verdier og ansvar i eget fag, men også utføre delegert

arbeid fra andre faggrupper med de samme fastsatte ressursene. Ansvar kan i noen tilfeller bli større enn de tilgjengelige ressursene, og dette skaper manglende samsvar mellom ansvar og myndighet. Dette kan dermed skape en opplevelse av ressursmangel hos utøveren (Orvik, 2004).

Elektronisk kommunikasjon

Kommunene i denne studien hadde ulik grad av implementering av elektronisk kommunikasjon. Kommune 1 var i oppstartsfasen og hadde få fastleger tilknyttet nettverket. Mens i kommune 2 hadde det vært stort fokus på bruk av elektronisk kommunikasjon, og der var det allerede tilknyttet flere yrkesgrupper og fastleger. Erfaringene til sykepleierne i begge fokusgruppene var at denne formen for samhandling ga dem tydelig informasjon til rett tid. De opplevde at samarbeidspartnere var lettere tilgjengelig, og den enkle kontaktmuligheten sparte dem mye tid. Dette er i tråd med politiske føringer som arbeider med innføring av elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren. Håpet er at det vil føre til bedre utnyttelse av ressursene, og gjøre det lettere for helsepersonell å samhandle og gjøre pasientinformasjon lettere tilgjengelig (St.meld.nr.47, 2008 – 2009; Ot.prp. nr. 51, 2008-2009). Bruk av elektroniske hjelpemidler innen helsetjenesten blir ofte nevnt i arbeidet med pasientsikkerhet. Slike hjelpemidler kan automatisere og mekanisere oppgaver (Spath, 2011). Blant annet for å forebygge feil i legemiddelhåndtering (Hjort, 2007).

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi kan bidra til fjerndiagnostisering og veiledning av lokalt helsepersonell i behandling av pasienter. Målet er organisasjoner som kan nyttiggjøre seg informasjon uten å ta hensyn til hvor i organisasjonen personen eller gruppen med denne kunnskapen befinner seg (Rosness, 2004). Elektronisk behandling av opplysninger skaper mange muligheter, men også utfordringer for informasjonssikkerheten hos virksomhetene. Elektronisk behandling medfører blant annet at opplysningene enklere og raskere kan gjøres

tilgjengelig både internt i en virksomhet og eksternt utenfor virksomheten. Dette vil være en fordel for helsepersonell, forutsatt at opplysningene kun gjøres tilgjengelig for rett vedkommende til rett tid. Det kan imidlertid oppstå utilsiktede konsekvenser for opplysningenes konfidensialitet, og særskilte tiltak må iverksettes for å sikre at uvedkommende ikke får tilgang til opplysninger som er lagret elektronisk (Helsedirektoratet, 2010).

Tilgjengelighet til andre faggrupper

Avstand mellom sykepleierne og deres samarbeidspartnere påvirker det interprofesjonelle arbeid på flere måter. Armstrong (1985) sier at avstanden som skiller helse- og sosialarbeiderne, vil også fragmentere pasienten og hans sykdom. Fragmenterte helsetjenester skaper situasjoner hvor det oppstår brudd på informasjonsflyten mellom de ulike enhetene i helsevesenet. Tidligere studier påpeker at dette kan skyldes geografiske avstander, enheters ønske om å se på seg selv som uavhengige (Weiss, 1987) , ledelse eller tidspress (Reisæter, 2008). Dette promoterer yrkesspesifikke oppgaver, og dermed hindrer interprofesjonelt samarbeid (Reeves m.fl., 2010). Hjemmesykepleiernes erfaringer med koordinering av pasienttjenester viser at de er avhengig av å ha andre faggrupper lett tilgjengelig på tross av fysisk avstand. Nærhet og mulighet til ansikt til ansikt kommunikasjon hadde betydelig innvirkning på opplevelsen av samarbeidet. Funn i andre studier viser også at regelmessig kommunikasjon og interaksjon stimulerer til godt samarbeid (Grinspun, 2007). Interaksjon med andre yrkesgrupper genererte ny kunnskap og ga sykepleierne nye synspunkt på pasientenes problemstillinger. De kunne lære av den særegne kunnskapen hos andre profesjoner. Orvik (2004) bekrefter at arbeidsfelleskap kan være et forum for nye initiativ og faglig utvikling. Dersom det ikke var mulig med regelmessig interaksjon var avtalte møter et godt alternativ. Sykepleierne brukte disse møtene for å få oppklaring av misforståelser og utydelig informasjon. Muntlige rapporter er tidligere vist å være av en stor betydning for å

avklare misforståelser og gi mulighet for utdyping av informasjon (Horwitz m.fl., 2009; Meling og Bø, 2010).

Relasjoner og anerkjennelse av sykepleierens særegne rolle

Hyppig kontakt og ansikt til ansikt kommunikasjon er også faktorer for å utvikle gode relasjoner (Erlie, 2012). Tidligere studier og litteratur bekrefter betydningen av relasjoner og følelser. Hvilken relasjon sykepleierne har til sine samarbeidspartnere påvirker kvaliteten på kommunikasjonen og dermed kvaliteten på pasientens pleie. For å skape gode relasjoner er det viktig å tilbringe tid sammen med samarbeidspartnere (Erlie, 2012). Jo hyppigere og mer gjensidig kommunikasjon de har med mottakeren, vil føre til at de får mer kunnskap om samarbeidspartnerens forutsetninger, verdier og holdninger. Kunnskap om disse reaksjonsmønstrene gir sykepleierne mulighet til å tilpasse språket, kommunikasjonsstilen og valg av kanaler. Slik at kommunikasjonen blir mest mulig vellykket. Litteraturen sier ikke noe om hvor mye tid som er optimalt, men det er generelt akseptert at jo mer tid samarbeidspartnere får sammen jo bedre grunnlag er det for kommunikasjonen (Reeves m.fl., 2010). Informantene i studien beskriver emosjonell tilknytning til noen av samarbeidspartnerne. Reeves mfl. (2010) forklarer dette med at relasjonen mellom samarbeidspartner kan oppleves som belønnende, og det vil føre til en utvikling av en dyp forpliktelse til samarbeidet. En slik opplevelse av forpliktelse avhenger av at sykepleieren er tydelig på sin rolle som yrkesutøver (Reeves m.fl., 2010; Kristoffersen, 2006). Det var en tydelig grense på hvem som hadde de ulike arbeidsoppgavene, og hvem som hadde best kompetanse på den aktuelle problemstillingen. Kristoffersen (2006) går så langt som å si at i alt faglig samarbeid er det en forutsetning at partene er tydelige representanter for sitt eget fag og sin yrkesfunksjon.

Det var av betydning for sykepleierne at de ble tatt seriøst og følte seg verdsatt. Dette knyttes til både personlig og yrkesfaglig identitet. Følelsen av selvaktelse og behov for anerkjennelse er viktige kriterier for å opprettholde vilje til å delta i interprofesjonelt samarbeid og motivasjonen på arbeidsplassen (Erlien, 2012; Miller m.fl., 2008; Pryor, 2008).

Metodiske overveielser

Fokusgrupper brukes ofte sammen med andre metoder, men kan også brukes alene for å studere menneskers forestillinger, holdninger og vurderinger innenfor et gitt emne (Wibeck, 2000). Halkier (2010) sier at fokusgruppens kombinasjon av samhandling og emnefokus gjør dem særlig velegnet til å produsere empiriske data som sier noe om betydningsdannelse. Hva mennesker foretar seg, når og med hvem, og hvordan opplever de det?

I denne studien ble det kun utført fokusgruppeintervju i to nabokommuner med sammenlignbart innbyggertall. Erfaringen til sykepleierne her vil muligens ikke kunne sammenlignes med hva sykepleiere i mindre kommuner erfarer som betydningsfullt for koordinering av pasienttjenester. Det stilles også spørsmål om bare to fokusgrupper vil kunne gi data som kan generaliseres. Funnene fra denne studien kan ikke ses på som representative for sykepleiere i hjemmebaserte tjenester. Men det ble innhentet synspunkter som kan gi viktig innsikt i hva som påvirker hvordan denne yrkesgruppen koordinerer pasienttjenester.

Konklusjon

Denne studien ser på hva som påvirker hjemmesykepleierens arbeid med koordinering av pasienttjenester. Det er flere faktorer som påvirker opplevelsen av samarbeidet. Informantene opplever at det er organisatoriske utfordringer knyttet til ressurser i kommunen og avstand til samarbeidspartnere. Implementering av elektronisk samhandling gjør det lettere å formidle og

utveksle informasjon. Desentralisering av helsetjenester fører til mangel på sosial kommunikasjon mellom profesjoner. Dette er av betydning for utvikling av gode relasjoner. Samtidig vil relasjoner og følelser knyttet til samarbeidspartnere påvirke sykepleiernes motivasjon og ytelse i forhold til samhandling.

Referanser

Aase, K. (2010) *Pasientsikkerhet- teori og praksis i helsevesenet.*

Universitetsforlaget. Oslo.

Apker, J., Mallak, L., Gibson, S. (2007) Communicating in the “Gray Zone”:

Perceptions about Emergency Physician–hospitalist Handoffs and Patient Safety.

I: Society for Academic Emergency Medicine 14:884-894

Bates, D.B., Gawande, A.A. (2003) Improving Safety with Information Technology.

I: N Engl J Med 348:2526-2534

Chassin, M.R., Belcher, E.C. (2002) The Wrong Patient. *I: American College of Physicians–*

American Society of Internal Medicine 136:826-833

Curtis, K., Tzannes, A., Rudge, T. (2011) How to talk to doctors- a guide for effective

communication. *I: International Nursing Review 58:13-20.*

Danielsen, B.V. , Fjær, S. (2010): Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus

til kommune. *I: Sykepleien forskning.1: 28-34*

Erlie, B. (2012) *Intern kommunikasjon. Planlegging og tilrettelegging. 4. utg.*

Universitetsforlaget. Oslo.

Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research:

concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness

I: Nurse Education Today 24:105–112

Halkier, B. (2010) *Fokusgrupper.*

Gyldendal akademisk. Oslo

Havens, DS., Vasey, J., Gittell, JH., Lin, WT. (2010) Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care.

I: Journal of Nursing Management. 18:926-37

Helsedirektoratet (2010) *Norm for informasjonssikkerhet*

Tilgjengelig på: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/norm-for-informasjonssikkerhet/Sider/default.aspx>

Hjort, P.F. (2007) *Uheldige hendelser i helsetjenesten - En lære-, tenke- og faktabok*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Horwitz, L., Meredith, T., Schuur, J.D., Shah, N.R., Kulkarni, R.G., Jenq, G.Y. (2009) Dropping the Baton: A Qualitative Analysis of Failures During the Transition From Emergency Department to Inpatient Care. *I: Annals of Emergency Medicine Volume 53, No.6*

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E. (2006). *Grunnleggende sykepleie. Bind 4*. Gyldendal. Oslo

Lov av 24. juni 2011 nr 30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Tilgjengelig på: <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html>

Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget. Oslo.

Malterud, K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 3.utg.* Universitetsforlaget. Oslo.

Meling & Bø (2010) Pasientsikkerhet ved vaktskifte i sykepleietjenesten.

I: Aase, K. (red) (2010) Pasientsikkerhet- teori og praksis i helsevesenet.

Universitetsforlaget. Oslo

Miller, K-L., Reeves, S., Zwarenstein, M., Beales, J., Kenaszchuk, C. Og Gottlib-Conn, L.

(2008) Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards. *I: Journal of Advanced Nursing; 64:332-343*

Orvik, A. (2004) *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid.*

Cappelen Akademisk Forlag. Oslo

Ot.prp. nr. 51 (2008-2009) Om lov om endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven

Tilgjengelig på : <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/2008-2009/otprp-nr-51-2008-2009-.html?id=553804>

Pelletier, D., Duffield, C., Donoghue, J. (2005) DOCUMENTATION AND THE

TRANSFER OF CLINICAL INFORMATION IN TWO AGED CARE

SETTINGS .*I: Australian Journal of Advanced Nursing 2005 Volume 22*

Number 4

Pryor, J. (2008). A nursing perspective on the relationship between nursing and allied health

in inpatient rehabilitation. *I: Disability & Rehabilitation; 30: 314-322.*

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., Zwarenstein, M. (2010) *Interprofessional Teamwork for*

Health and Social Care. Blackwell Publishing Ltd..

Rosness, R. m.fl. (2004). *Organisational Accidents and Resilient Organisations:*

Five Perspectives. SINTEF Report STF38 A 04403

Ruyter, K.W., Førde,R., Solbakk, J.H. (2007) *Medisinsk og helsefaglig etikk.*

Gyldendal Norsk Forlag. Oslo

Shah, F., Burack, O., & Boockvar, K. (2010). Perceived Barriers to Communication Between Hospital and Nursing Home at Time of Patient Transfer. *I: Journal Of The American Medical Directors Association, 11:239-245.*

Silverman, D. (2011) *Interpreting qualitative data.*
SAGE Publications

Spath, P. (2011) *Error Reduction in Health Care: A Systems Approach to Improving Patient Safety.* Jossey-Bass.

St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.*
Tilgjengelig på :<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879>

St.meld. nr. 45 (2002–2003) *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*
Tilgjengelig på :<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20022003/045/PDFS/STM200220030045000DDDPDFS.pdf>

St. meld.nr.47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*
Tilgjengelig på : <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Thagaard,T. (2011) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.*
Fagbokforlaget. Bergen

Welsh, C., Flanagan, M.E., Ebright, P. (2010). Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *I: Nursing Outlook. Vol. 58: 148-154*

Wibeck, V. (2000) *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod.*
Studentlitteratur

Del II: Kappe

Koordinering av pasienttjenester.

Hjemmesykepleiernes erfaringer med samhandling internt i kommunen.

INNHALDSFORTEGNELSE

Del 1: Artikkelen

Del 2: Kappen

Sammendrag

1.0 INNLEDNING	s.1
1.1 Bakgrunn	s.1
1.2 Studiens relevans	s.2
1.3 Presentasjon av studiens problemområder	s.2
1.4 Hensikt	s.3
1.5 Oppgavens struktur	s.3
2.0 OPPGAVENS TEORETISKE FUNDAMENT	s.4
2.1 Sentrale begrep	s.4
2.2 Teori om kommunikasjon og samarbeid	s.5
2.3 Betydning av kommunikasjon for pasientens sikkerhet	s.6
2.4 Virginia Hendersons sykepleiedefinisjon og grunnprinsipper	s.7
3.0 METODE	s.9
3.1 Valg av forskningsdesign	s.9
3.2 Valg av kvalitativ metode	s.9
3.3 Begrunnelse for valg av fokusgrupper	s.9
3.4 Utvalg og datainnsamling	s.10
3.4.1 <i>Begrunnelse for utvalgskriterier</i>	s.10
3.4.2 <i>Utvalget</i>	s.10
3.4.3 <i>Rekruttering</i>	s.11
3.4.4 <i>Informanter</i>	s.11
3.4.5 <i>Intervjuguide</i>	s.11
3.4.6 <i>Gjennomføring av fokusgrupper</i>	s.12
3.4.7 <i>Dokumentasjon av fokusgruppeintervju</i>	s.12
3.5 Analyse av fokusgruppeintervju	s.12
3.6 Etiske vurderinger	s.16
3.7 Reliabilitet og validitet	s.16

4.0 FUNN	s.18
4.1 Organisatoriske utfordringer	s.18
4.1.1 <i>Opplevd ressursmangel og begrensninger</i>	s.18
4.1.2 <i>Bruk av rett kompetanse</i>	s.19
4.1.3 <i>Moderne kommunikasjon</i>	s.20
4.2 Relasjonens betydning	s.21
4.2.1 <i>Nærhet og gode relasjoner</i>	s.22
4.2.2 <i>Samarbeid avhenger av individene</i>	s.23
 5.0 DISKUSJON	 s.24
5.1 Sykepleierens rolle i koordinering av pasienttjenester	s.24
5.2 Faktorer som påvirker kommunikasjonen	s.24
5.2.1 <i>Tilgjengelighet på tross av avstand</i>	s.24
5.2.2 <i>Bruk av elektronisk kommunikasjon</i>	s.25
5.2.3 <i>Å se og bli sett</i>	s.27
5.3 Ressursmangel	s.28
5.4 Bruk av individuell plan	s.29
5.5 Svakheter ved studien	s.30
5.5.1 <i>Metodiske overveielser</i>	s.30
5.6 Implikasjoner for praksis	s.30
5.7 Behov for videre forskning	s.31
 6.0 KONKLUSJON	 s.32
7.0 LITTERATUR	s.33
 VEDLEGG	
- Vedlegg 1 – Informasjonsskriv til bestyrer	
- Vedlegg 2 – Informasjonsskriv til informant	
- Vedlegg 3 – Samtykkeskjema	
- Vedlegg 4 – Intervjuguide	
- Vedlegg 5 – Utdrag av analysen	
- Vedlegg 6 – Godkjenning NSD	
- Vedlegg 7 – Forfatterveiledning fra Nordisk sykepleieforskning	
- Vedlegg 8 – Forfattererklæring	

Sammendrag

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan sykepleiere beskriver forhold som er av betydning for koordinering av pasienttjenester. Dette er en kvalitativ studie, og data ble samlet inn ved hjelp av fokusgrupper. To nabokommuner ble valgt ut, og det ble utført en fokusgruppe i hver kommune. Det var 6 informanter i hver gruppe. Alle informantene er sykepleiere som er ansatt i hjemmebaserte tjenester. Intervjuteksten ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse. Fra analysen kom det fram to hovedtema «organisatoriske utfordringer» og «betydningen av gode interpersonelle relasjoner». Studien viser at kommunikasjon mellom yrkesgrupper i den kommunale helsetjenesten avhenger av mange faktorer. Ytre faktorer som er av betydning for samarbeidet var utfordringer knyttet til organiseringen i virksomhetene. Informantene oppga at ressursmangel, elektronisk samhandling og bruk av rett kompetanse: Medmenneskelige faktorer var også av betydning. Å ha betydningsfulle relasjoner til samarbeidspartnere og følelsen av å bli verdsatt la fundamentet for god kommunikasjon.

1.0 INNLEDNING

Tema for denne oppgaven er kommunikasjon innad i kommunehelsetjenesten. Studien retter seg spesifikt mot hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien opplever å kommunisere og samarbeide med ulike faggrupper og tjenester. Målet for informasjonsflyt i kommunene er at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som er preget av kontinuitet og er godt samordnet (St. meld. nr.47, 2008- 2009). Samhandlingsreformen viser også til at veksten av tjenestelevering innen eldreomsorgen de siste årene har vært størst i hjemmetjenesten.

Mottakere av hjemmesykepleie er en stor og variert gruppe som ofte har langvarige og sammensatte behov. Mange av kommunenes pleietrengende pasienter mottar hjemmesykepleie som en grunnleggende tjeneste, og målsetningen om at flere skal få tilbud om helsehjelp i hjemmet, skaper et stort behov for koordinering av tjenestene rundt denne pasientgruppen.

Sykepleierne i hjemmesykepleien er i en spesiell situasjon i forhold til arbeidsmengden rundt koordinering av pasienttjenester. Som oftest har de få eller ingen andre yrkesgrupper tilgjengelig på samme virksomhet, og dette fører til at mye ressurser brukes på samhandling med andre faggrupper.

1.1 Bakgrunn

Omsorgstjenestene har i dag over 200 000 brukere, hvorav 40 000 bor i sykehjem og mer enn 160 000 mottar hjemmetjenester i omsorgsbolig eller eget hjem (St.meld. nr. 25, 2005-2006). Det forventes en vekst i tallet på eldre over 80 år de næreste årene. Og utfordringen for helse- og omsorgssektoren kommer for fullt rundt 2020 (St.meld. nr. 45, 2002-2003).

Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47, 2008 – 2009) viser til at veksten av tjenestelevering innen eldreomsorgen de siste årene har vært størst i hjemmetjenesten. Mottakere av hjemmesykepleie er en stor og variert gruppe som har ulike behov. Mange av kommunenes pleietrengende pasienter mottar hjemmesykepleie som en grunnleggende tjeneste, og målsetningen om at flere skal få tilbud om helsehjelp i hjemmet, skaper et stort behov for koordinering av tjenestene rundt denne pasientgruppen. Samhandlingsreformen presiserer også behovet for økt koordinering av pasienttjenester, for pasientenes sikkerhet og kontinuitet i pleien og for å bedre ressursbruken av helsepersonell. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-4 beskriver også behovet for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen.

Internasjonal forskning viser tydelig et behov for styrking av informasjonsflyt i helsevesenet. Flere steder i litteraturen blir manglende kommunikasjon nevnt som årsaken til svikt i overføring av pasientopplysninger (Chassin & Belcher, 2002; Bates & Gawande, 2003; Horwitz m.fl., 2009). The Joint Commission beskriver i punkt 2 behovet for å forbedre effektiviteten i kommunikasjon mellom helsepersonell. Denne målsetningen kommer av dokumentasjon som tilsier at kommunikasjonssvikt er identifisert som årsaken til ca 70 % av alle uønskede hendelser, og i ca 75 % av disse hendelsene døde pasientene (Aase, 2010).

1.2 Studiens relevans

Denne studien ser spesielt på samhandling og koordinering innen kommunehelsetjenesten fra sykepleiernes ståsted. Økt krav for effektivitet og samhandling setter store krav til hjemmesykepleierens evne til koordinering. I Samhandlingsreformen heter det : "Samhandlingen mellom ulike enheter internt i kommunene er like utfordrende som internt i foretakene" (St.meld. nr. 47, 2008 – 2009, s.50). Apker, Mallak og Gibson (2007) sier også at dårlig kommunikasjon ofte er kilden til uheldige hendelser i helsevesenet. Og det er særlig ved overføring av pasienter det oppstår en såkalt «grå sone» hvor manglene i kommunikasjon kommer tydeligst fram. Pelletier, Duffield og Donoghue (2005) mener det er avgjørende med samhandling og kommunikasjon mellom helsepersonell for at pasienten skal få en trygg og sikker behandling.

1.3 Presentasjon av studiens problemområder

Fokuset mitt i denne oppgaven er hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien opplever kommunikasjon og samarbeidet innad i kommunene. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten vil ikke bli tatt opp. Sykepleiere i hjemmesykepleien jobber tett innpå pasienter i deres eget hjem, og deres nærhet til pasientens situasjon og helsebehov gjør dem til naturlige koordinatorene for helsetjenester. Jeg ønsker å undersøke hvordan sykepleierne innhenter og videreformidler informasjon som er nødvendig for å tilby pasientene en koordinert tjeneste. Målet er å identifisere og analysere hvordan sykepleierne opplever det intraorganisatoriske samarbeidet. Da tenker jeg særlig på samarbeidet med fastlege, sykehjem, tildeling av hjelpemidler, og bestillerkontor.

Problemstillingen min vil da bli:

Hvordan beskriver sykepleiere forhold som er av betydning for koordinering av pasienttjenester?

1.4 Hensikt

Pleie- og omsorgssektoren vil få større belastning framover. På grunn av økt levealder vil eldre bli en stadig større del befolkningen, og sammen med dette økt sannsynlighet for pasienter med langvarige og sammensatte sykdommer. Vansker med å skaffe nok kvalifisert personell og effektivisere helsesektoren er utfordringer som vil bli stadig mer aktuelle. Mange av pasientene vil få tjenester fra ulike tjenestesteder og flere faggrupper. Dette vil kreve godt koordinerte tjenester for å opprettholde god kontinuitet.

Ved at studien min undersøker hvordan sykepleierne i hjemmesykepleien kommuniserer med andre faggrupper i kommunen, vil den søke å belyse et svært aktuelt problem i helsevesenet. Hvordan koordinering og samarbeid i den kommunale helsetjenesten oppleves. Da det er få studier som undersøker dette er det et håp at denne studien vil bidra til å øke kunnskapen om hva sykepleiere erfarer som betydningsfullt for koordinering av pasienttjenester.

1.5 Oppgavens struktur

Oppgavens oppbygning er som følger: I kapittel 1 redegjøres det for oppgavens bakgrunn, formål og problemstilling. I kapittel 2, teoridelen, settes studien i sin forskningsmessige kontekst. Avklaring av begrep, samt gjennomgang av teori om kommunikasjon, sikkerhet og sykepleie. Kapittel 3, metodekapitlet, redegjør for design, og for hvordan jeg har gått fram for å løse oppgaven, inklusivt analysen. I kapittel 4 presenteres funn fra oppgavens empiri. I kapittel 5 drøftes disse funnene fra empirien mot teorier og forskning på kommunikasjon og pasientsikkerhet. Oppgaven avsluttes med konklusjon i kapittel 6.

2.0 OPPGAVENS TEORETISKE FUNDAMENT

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for det teoretiske grunnlaget for min studie. Jeg begynner med å avklare noen sentrale begrep, deretter viser jeg til litteratur og artikler som omhandler interpersonell kommunikasjon og samarbeid i helsetjenesten, sikkerhetsperspektivet ved koordinering av pasienttjenester og avslutter med teori om sykepleie etter Virginia Henderson som en del av grunnlagstenkning for sykepleierne.

2.1 Sentrale begrep

Flerfaglig samarbeid: De ulike faggruppene har møtepunkter, men de lar seg ikke påvirke av hverandres bidrag. Faggruppene arbeider med de samme pasientene, men med ulike innfallsvinkler. Dette kan gjøre det nødvendig å informere hverandre gjensidig, under forutsetningen av at taushetsplikten ikke er til hinder. Blir ofte kalt parallelarbeid (Orvik, 2004).

Tverrfaglig samarbeid: Faglig samarbeid preget av interaktiv anstrengelse. Det er en forpliktende form, der alle involverte bidrar aktivt. På den måten utvikler gruppen over tid en ny, felles kompetanse. Gruppens kompetanse utgjør til sammen en helhet som er større enn summen av bidragene fra hver enkelt fagperson. Et slikt samarbeid er ofte organisert i arbeidsgrupper eller team (Orvik, 2004)

Interpersonell blir brukt om aktiviteter mellom medarbeidere (Erlie, 2012).

Interprofesjonell blir brukt om aktiviteter mellom flere faggrupper innen samme profesjon (Reeves, Lewin, Espin og Zarenstein, 2010).

Koordinering defineres som å samordne, eller å få til å virke sammen (Bokmålsordboka).

Samordning defineres som en organisering av det arbeidet hver enkelt utøver gjør ovenfor en og samme problemstilling. På denne måten er tiltak vel tilpasset hverandre og vil ikke motvirke hverandre (Lauvås og Lauvås, 2004).

Samarbeid defineres av Glavin og Erdal slik «Innsats fra flere aktører og bruk av flere virkemidler innenfor en enhetlig strategi, definert utifra en felles målsetting» (sitert i Kristoffersen, 2006 :212).

Kommunikasjon - en prosess der budskap utveksles mellom to parter (Erlie, 2012).

Informasjon er det som blir formidlet i en kommunikasjonsprosess (Erlien, 2012).

2.2 Teori om kommunikasjon og samarbeid

I dette avsnittet beskriver jeg ulike teorier om samarbeid innad i en organisasjon. Først presenteres betingelser for interpersonell kommunikasjon. Og deretter vil jeg gå dypere inn på forhold som er av betydning for interprofesjonelt samarbeid i helsetjenesten.

Erlien (2012) beskriver intern kommunikasjon slik:

« ...informasjonsflyten og utvekslingen av ideer og synspunkter mellom ledere og medarbeidere , og også kommunikasjonen mellom enkeltpersoner og grupper på forskjellige nivåer og i ulike enheter eller deler av organisasjonen» (Erlien, 2012:17).

Det finnes to former for intern kommunikasjon, planlagt og ikke-planlagt. Eksempler på planlagt kommunikasjon kan være mellom ledelsen og medarbeidere, mens den ikke-planlagte er den daglige kommunikasjonen mellom ansatte. Høy kvalitet på den planlagte informasjonen kan forhindre spredning av rykter og spekulasjoner, men den menneskelige kontakten og uformell kommunikasjon vil alltid være en viktig faktor for informasjonsflyten innen organisasjonen (Reeves m.fl., 2010).

Kommunikasjonen innad i en organisasjon er ikke bare en utveksling av informasjon, den har også en sosial funksjon. Mennesker har behov for sosial kontakt for å skape sosiale fellesskap, gruppeidentitet, selvrespekt og motivasjon (Erlien, 2012). Erlien (2012) sier også at kjennetegnet på god kommunikasjon er at den reduserer usikkerhet. Det gjør den fordi den gir svar på spørsmål og dekker behovet for ny kunnskap.

Det er blitt økende fokus på relasjoner innen informasjonsfaget. Intranett og e-post har gjort det enklere og billigere å distribuere store mengder informasjon og fakta raskt, men nettopp dette høye tempoet og raske endringer øker behovet for systematisk menneskelig kontakt og gode relasjoner.

Reeves m.fl. (2010) sier at interprofesjonelt samarbeid påvirkes av flere forhold.

- Relasjonelle: Hvordan interprofesjonelle forhold påvirkes. Hvordan makt, hierarki, lederskap og medlemskap påvirker samarbeidet.
- Prosessuelle: Hvordan arbeidet som utføres av hvert enkelt medlem påvirker gruppen. Hvordan for eksempel tid, rom og vanskelighetsgrad påvirker samarbeid.
- Organisatoriske: Det lokale miljøet hvor samarbeidet utføres. Organisatoriske strukturer og støtte for samarbeidet.

- Kontekstuell: Hvordan kulturelle, politiske, sosiale, økonomiske forhold som omgir gruppen påvirker samarbeid. Hvordan strukturelle forhold kan påvirke gruppen.

Reeves m.fl. (2010) forklarer at disse forholdene kan ha en betydelig påvirkning på interprofesjonelt samarbeid. For eksempel kan hierarkiske forskjeller plassere de ulike gruppemedlemmene i forskjellige sosiale og økonomiske forhold til hverandre. Dette kan underbygge kvaliteten på relasjonen. I tillegg kan medlemmene påta seg roller som skaper friksjon (hvis rollene innad i gruppen er utydelige), eller støtte samarbeidet (hvis medlemmene opplever å ha tydelige roller). De prosessuelle faktorene indikerer hvordan elementer som tid og rom, rutiner og ritualer, og usikkerhet kan påvirke hvordan samarbeidet utarter seg. For eksempel kan lite tid og for mange arbeidsoppgaver føre til at de profesjonelle får for lite tid til å jobbe med forbedring av samarbeidet. Organisatoriske faktorer som støtte i form av tid og nok ressurser er svært viktig for å få til et godt interprofesjonelt samarbeid.

I litteraturstudiet til Cutiz, Tzannes og Rudge (2011) *“How to talk to doctors – a guide for effective communication”* undersøker de hva tidligere studier sier om samarbeid mellom sykepleier og leger. De kommer fram til 5 barrierer mot effektiv kommunikasjon; tradisjonelle hierarkiske forhold, økende arbeidsmengde, overlappende skift, flere mennesker involvert i pasientens pleie, ulikt faglig språk og fokus, og til slutt yrkesutøverens erfaring.

2.3 Betydning av kommunikasjon for pasientens sikkerhet

Apker m.fl. (2007) sier at dårlig kommunikasjon ofte er kilden til uheldige hendelser i helsevesenet. Pelletier m.fl. (2005) mener det er avgjørende med samhandling og kommunikasjon mellom helsepersonell for at pasienten skal få en trygg og sikker behandling. Barrierer i informasjonsutveksling øker uforutsigbarheten rundt overføring av informasjon, og dermed trusselen mot pasientens sikkerhet. Litteraturen identifiserer flere former for informasjonsbaserte barrierer: forsinket informasjon, manglende informasjon, feil i informasjonen, for mye informasjon og informasjon til feil tidspunkt (Apker m.fl., 2007; Welsh, Flanagan og Ebright, 2010).

Forskning viser at informasjonsflyten er særlig sårbar ved overføring av pasienter. Det er denne prosessen som ofte er karakterisert av manglende informasjon, utilgjengelig informasjon eller at informasjon blir glemt. Klinikere bruker ofte for lite tid på selve overføringen, og dette kan igjen føre til at en eller flere av behandlerne ikke får et fullstendig bilde av pasientens tilstand (Apker m.fl., 2007).

Danielsen og Fjær (2010) sin studie «*Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune*» viser at tilgjengelighet og kommunikasjon mellom nivåene var for tungvint. Sykehuset opplevde at kommunen var vanskelig å nå, og informasjonsutvekslingen skjedde i stor grad på telefon og gjennom søknader om hjelpetiltak. Kommunikasjonslinjene var ikke effektive, og vansker med kommunikasjon tilspisset seg mot helg. Det ble poengtert at det er sykepleiernes fleksibilitet og skjønnsutøvelse som gjør at kommunikasjonen likevel fungerer. Og at den faglige utfordringen vil ligge i en økt forståelse for organisatoriske betingelser på begge nivå.

Horwitz m.fl. (2009) beskriver fallgruver ved overføring av pasienter mellom avdelinger på sykehuset. Noen av områdene de identifiserte som sårbare var kommunikasjonen, miljøet og informasjonsteknologi. De kom også fram til hvor viktig det er med muntlige samtaler rundt overføring av pasienter. Dette var av stor betydning for å avklare misforståelser og mulighet for å utdype informasjon.

2.4 Virginia Henderson sykepleiedefinisjon og grunnprinsipper

Virginia Henderson (1897-1996) var en av de første sykepleierne som forsøkte å beskrive hva som var sykepleierens særegne funksjon. I 1955 presenterte hun sin definisjon på sykepleie, og i 1960 ga hun ut det hun mente var sykepleierens grunnprinsipper.

Kristoffersen (2006) beskriver at Hendersons sykepleiedefinisjon viser til gjøremål som er nødvendige for helse, helbredelse eller en fredfull død. Og at Henderson ser på kropp og sjel som nært knyttet sammen. Av dette mener Kristoffersen (2006) at vi kan utlede et menneskesyn som går ut på at mennesket har visse grunnleggende behov. Disse behovene vil mennesker vanligvis dekke selv, på sin egen individuelle og selvstendige måte. Hvordan disse grunnleggende behovene blir dekket avhenger av individets ressurser.

Virginia Henderson definerer derfor sykepleierens særegne funksjon slik:

.. å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han/ hun ville ha gjort uten hjelp dersom han/ hun hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje og kunnskaper. Og å gjøre dette på en slik måte at han/ hun gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (sitert i Kristoffersen, 2006:35).

Målet med sykepleie er derfor å hjelpe individer, til å raskest mulig gjenvinne sin selvstendighet når det gjelder å ivareta sine egne grunnleggende behov. Og når mennesker

ikke lenger klarer å dekke behovene sine selv, er det sykepleierens sin oppgave å hjelpe ham/henne å få disse dekket.

Disse grunnleggende behovene har Henderson stilt opp i 14 punkter. Disse betegner hun som sykepleierens grunnprinsipper (Kristoffersen, 2006):

1. å puste normalt
2. å spise og drikke tilstrekkelig
3. å få fjernet kroppens avfallsstoffer
4. å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling
5. å sove og hvile
6. å velge passende klær og sko, og kle av og på seg.
7. å opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur
8. å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet
9. å unngå fare fra omgivelsene og unngå å skade andre
10. å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine behov og følelser
11. å praktisere sin religion og handle slik han mener er rett
12. å arbeide med noe som gir følelse av å utrette noe
13. å finne underholdning og fritidssysler
14. å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling.

Hva som er sykepleiernes rolle i konkrete situasjoner vil være avhengig av hvilken kontekst sykepleien forgår innenfor. Sykepleiefunksjonen vil variere mellom kulturer, men også innenfor et og samme land. Funksjonen til en sykepleier på en fødeavdeling vil være enn helt annen enn den som ivaretas i hjemmebaserte tjenester. Blant annet vil forholdstallet mellom sykepleier og annet helsepersonell påvirke hva som legges i sykepleierens funksjon. Særlig kan forholdet mellom leger og sykepleiere skape forvirring blant folk flest om hva sykepleie egentlig er. I en del sammenhenger kan sykepleieren måtte overta funksjoner fra andre helsearbeidere. I hjemmetjenesten kan det forekomme situasjoner der sykepleieren må fungere som kokk eller rørlegger for å kunne gi pasienten den nødvendige assistanse (Kristoffersen, 2006).

3.0 METODE

I dette kapittelet gjør jeg rede for studiens design. Jeg begrunner mitt valg av design og metode. Deretter følger beskrivelsen av hvordan datasamlingen er gjennomført, og hvordan analysen av dataene er foretatt. Jeg fortsetter med etiske overveielser, og avslutter med å gjøre rede for studiens reliabilitet og validitet.

3.1 Valg av forskningsdesign

Problemstillingen som jeg ønsker å besvare er «Hvordan beskriver sykepleiere forhold som er av betydning for koordinering av pasienttjenester?». Det følger av problemstillingen min at jeg velger et beskrivende og eksplorerende design. Thagaard (2011) mener eksplorerende design er best egnet for å utforske et felt hvor det finnes lite kunnskap fra før. Selv om det finnes forskning som berører interorganisatorisk kommunikasjon, finnes det lite kunnskap om erfaringene til sykepleierne i den kommunale helsetjenesten.

3.2 Valg av kvalitativ metode

Jeg anvender kvalitativ metode i min studie. Denne metoden følger av problemstillingen min, hvor jeg er ute etter sykepleiernes erfaringer. Det betyr at dataen jeg er ute etter må være av beskrivende karakter.

Målet med kvalitativ forskning er å komme fram til dybdekunnskap og å få helhetlig forståelse av få enheter. Forskningsspørsmål av typen «Hva betyr...?» (Thornquist, 2003). «Kvalitative tilnærmelser gir grunnlag for en nær kontakt mellom forsker og de som studeres..» Thagaard (2011 :11). Thagaard (2011) sier at intervjuundersøkelser egner seg godt til å gi informasjon om personers opplevelser, synspunkter og selvforståelse. Silverman (2011) sier at kvalitative metoder er best egnet om du ønsker å finne ut mer om bakgrunnen for fenomener eller sosiale fakta. Metoden er best egent om du ønsker å finne ut av «Hva» og »hvordan» spørsmål.

3.3 Begrunnelse for valg av fokusgrupper

Fokusgrupper er en form for fokusert gruppeintervju der en mindre gruppe mennesker møtes på en forskers oppfordring for å diskutere et tema med hverandre (Wibeck, 2000). Å arbeide med fokusgrupper innebærer å samle en gruppe mennesker som i et begrenset tidsrom får diskutere et gitt emne med hverandre. Gruppen ledes av en moderator som initierer diskusjonen og introduserer nye aspekter av emnet. Moderatoren er imidlertid ingen

tradisjonell intervjuer, derimot er målet med fokusgruppen at deltakerne skal diskutere fritt med hverandre. Ordet fokus indikerer at diskusjonen skal berøre et på forhånd gitt tema. Fokusgrupper kan brukes ofte sammen med andre metoder, men kan også brukes alene for å studere menneskers forestillinger, holdninger og vurderinger innenfor et gitt emne (Wibeck, 2000). Halkier (2010) sier at fokusgruppens kombinasjon av samhandling og emnefokus gjør dem særlig velegnet til å produsere empiriske data som sier noe om betydningsdannelse. Hva mennesker foretar seg, når og med hvem, og hvordan opplever de det?

3.4 Utvalg og datainnsamling

Det ble utført et pilotintervju vinteren 2011/2012. En sykepleier ansatt i hjemmebaserte tjenester ble intervjuet om hennes erfaringer med koordinering. Erfaringen med dette intervjuet førte til endringer i intervjuguiden til en mer semi-strukturert form, og endringer i inklusjonskriteriene.

3.4.1 Begrunnelse for utvalgsriterier

I studien min har jeg valgt å ha fokusgrupper som metode. Anbefalt størrelse på fokusgrupper er 4-6 personer (Wibeck, 2000). Mindre grupper kan føre til gruppekohesjon og innflytelse på hverandre. Større grupper kan gi medlemmene en følelse av anonymitet, og redusere informantens personlige engasjement. Det kan også føre til at fokusgruppen splittes opp i undergrupper (Halkier, 2010). Ved å bruke allerede eksisterende grupper vil det lette rekrutteringen, og medlemmene er tryggere på hverandre (Wibeck, 2000). Ved små utvalg kan de ikke baseres på en tilfeldig utvelgelse. Utvelgelsen må være analytisk selektiv (Halkier, 2010). Og Malterud (2013:56) sier at " Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsettingen at materialet har potensial til å belyse den problemstillingen vi vil ta opp". Det betyr at jeg måtte sørge for at viktige karakteristika ved problemstillingen ble representert i utvalget. Dette ble gjort ved å sørge for at alle informantene var sykepleiere, ansatt i hjemmesykepleien og jobbet med koordinering av pasienttjenester.

3.4.2 Utvalget

Utvalget for denne studien var sykepleiere ansatt i hjemmesykepleien fra to kommuner på vest-landet. Datamaterialet som er brukt i denne masteroppgaven ble samlet inn våren 2012. Så fort de formelle tillatelsene var i orden fra Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (vedlegg 6), begynte jeg å søke etter informanter. I pilotintervjuet hadde informanten mange års erfaring som sykepleier, men var relativt nyansatt i hjemmesykepleien (<1 år). Intervjuet produserte data som kunne vise til at

informanten ikke hadde nok erfaring som hjemmesykepleier, og derfor hadde vansker med å svare på spørsmål knyttet til problemstillingen i studien. På grunn av denne erfaringen var det ønskelig med hjemmesykepleiere med mer erfaring. Men siden det var forventet vansker med rekruttering ble inklusjonskriteriet for arbeidserfaring fra yrket satt til minimum 2 år.

Inklusjonskriteriene for å delta i studien ble dermed at sykepleierne selv ønsket å delta, og at de hadde jobbet i yrket i 2 år. Det var også ønskelig at virksomheten kunne stille med 6-8 informanter. Wibeck (2000) anbefaler å alltid be om minst en mer enn det som er ønsket deltaker tall.

3.4.3 Rekruttering

For å skaffe informanter ble en formell søknad sendt leder for helse- og sosial sektoren i de to kommunene (vedlegg 1). Begge kommunene var positive til å delta i studien. Kommune 1 ga meg tilgang til en virksomhet. Her var avdelingsleder ansvarlig for å finne informanter som ønsket å delta. I kommune 2 ble jeg bedt om å selv ta kontakt med aktuelle virksomheter, og be om deltakelse. Forespørsel om deltakelse ble sendt ut til fire virksomheter, hvorav to svarte positivt. En hadde mulighet for å stille med ønsket antall informanter som møtte inklusjonskriteriene.

3.4.4 Informanter

Informantene hadde ulik erfaring og stilling i hjemmesykepleien. I kommune 1 hadde alle 6 informanter samme arbeidsoppgaver. Sykepleierne her jobbet hovedsaklig med dirkede pasientrettet pleie. I kommune 2 hadde informantene ulike arbeidsoppgaver. 3 jobbet med direkte pasientrettet pleie, mens de resterende hadde ulike administrative oppgaver i hjemmesykepleien (avdelingssykepleier, virksomhetsleder, fagansvarligsykepleier). Av tolv informanter var det kun en mann.

3.4.5 Intervjuguide

Spørsmålene i intervjuguiden ble utformet ut fra problemstilling og forskningsspørsmål. Før igangsetting av fokusgrupper ble det utført et pilotintervju. Dette gjorde at jeg hadde noe kunnskap om problemstillingen i forkant av fokusgruppene og hadde forholdsvis klart for meg hva jeg ville mer om. Erfaringene fra pilotintervjuet og min egen erfaring som hjemmesykepleier avgjorde valg av design på intervjuguiden. I fare for at spørsmålene i fokusgruppen skulle bli for konkrete og ikke ville gi rom for informantenes reflekteringer, valgte jeg å ha en semi-strukturert design. Det tillot gruppemedlemmene i stor grad å

bestemme samtalen selv, men samtidig kunne jeg styre samtalen inn på aktuelle tema som jeg ønsket å få besvart. Jeg har forsøkt å blande meg minst mulig inn i informantenes besvarelser, ved at jeg kun brøt inn dersom samtalen vandret langt ifra tema, eller medlemmene i gruppen trengte hjelp for å få i gang samtalen. Når informantene kom med relevante uttalelser ba jeg den utdype ved å følge med spørsmål av typen «hvorfor tror du det skjedde?» og «hva var det som gjorde..?»

3.4.6 Gjennomføring av fokusgrupper

Intervjuene ble foretatt på de respektive arbeidssted, og hvert intervju tok gjennomsnittlig 50 minutter. Fokusgruppene ble utført over to samlinger våren 2012. I denne perioden hadde Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47, 2008 – 2009) belyst behovet for at pasienter ble møtt av en mer helhetlig helsetjeneste. De aktuelle kommunene var dermed i oppstartfasen av å finne løsninger på de økte kravene til koordinering i kommunehelsetjenesten.

3.4.7 Dokumentasjon av fokusgruppeintervju

Lydbånd: Wibeck (2000) mener at å kun bruke lydbånd er en tilfredsstillende måte å dokumentere intervju. Det er fordi medlemmene glemmer at den er der, og føler seg fri til å diskutere emnet. Derimot ved fokusgrupper er det viktig å holde styr på hvem som kommer med de ulike utsagnene. Dette kan gjøres ved at moderator / hjelper noterer hvem som snakker ved å for eksempel skrive ned de første ordene.

Transkribering. Lydbånd fra fokusgruppene ble transkribert fortløpende. Jeg transkriberte intervjuene selv. Utskriften fra de transkriberte intervjuene ble oppbevart i privat hjem, og var kodet med kommune og informantnummer. Datafilene ble lagret på privat pc i låsbart rom.

3.5 Analyse av fokusgruppeintervju

Kvalitativ analyse skal forgå slik at andre senere kan følge den veien vi har gått, anerkjenne vår systematikk underveis og forstå våre konklusjoner (Malterud, 2013) Hun sier også at det ikke finnes en bestemt analysemetode for data fra fokusgrupper. For studier med eksplorerende formål anbefaler hun å gjennomføre en tematisk, tverrgående og datastyrt analyse. Jeg har valgt å bruke Graneheim og Lundmann (2004) sin innholdsanalyse. Dette fordi de anvender metoder som jeg mener er anvendbare for mitt datamateriale. Og analyseprosessen deres tydeliggjør abstraheringen av datamaterialet.

Graneheim og Lundman (2004) sier at virkeligheten kan tolkes på ulike måter, og forståelsen er avhengig av subjektiv tolkning. De mener at en tekst alltid involverer flere meninger og at det alltid er en form for tolkning når en arbeider med en tekst. Dette er et viktig tema når en diskuterer validiteten til funnene i kvalitativ innholdsanalyse.

Når en arbeider med innholdsanalyse bør en tidlig avgjøre om en skal analysere manifest eller latent innhold. Latent innhold omhandler det relasjonelle innholdet og involverer en tolkning av den underliggende betydningen i teksten. Det følger av min problemstilling at jeg har valgt å fokusere på det latente innholdet i datamaterialet.

Graneheim og Lundman (2004) og Silverman (2011) sier at det første steget i analysen er å avgjøre hva som er «unit of analysis». I mitt tilfelle er det transkribert data fra to fokusgruppeintervju, og da særlig utsagn fra informantene. De anbefaler å analysere intervju i sin helhet for å danne seg inntrykk av hele konteksten.

Fra det transkriberte materialet fant jeg fram til det de kaller meningsbærende enheter. Dette er ord, setninger eller utsagn som kan knyttes sammen gjennom deres innhold og kontekst. Her har jeg funnet fram til utsagn fra mine informanter som er relevante for min problemstilling. Videre ble disse utsagnene kondensert til et mer sykepleiefaglig språk. Her var det viktig å korte inn teksten, men samtidig beholde meningen. Fra disse kondenserte enhetene følger en prosess med abstraksjon. Hvor jeg først lager koder for enhetene i analysen min. Disse kodene kalles ofte for “etiketter”. Og er en viktig del av analysen da de gjør det mulig for meg å tenke på dataene mine på nye måter. Disse kodene skal forstås i forhold til konteksten. Kodene igjen danner grunnlaget for å lage kategorier. Kategorier er en gruppe av innhold som har noe til felles. En kategori henviser til et deskriptivt nivå av innholdet, og kan ses på som et uttrykk for det manifeste innholdet i teksten. Kategoriene samles i tema, som representerer den underliggende meningen gjennom kondenserte meningsenheter, koder eller kategorier på et fortolket nivå. Et tema kan ses på som et uttrykk for den latente meningen i teksten.

Jeg begynte min analyse ved å lese gjennom alt det transkriberte materialet i sin helhet. Dette for å danne meg et inntrykk av hovedinnholdet. Malterud (2013) kaller dette å danne seg et helhetsinntrykk, og er første del av analyseprosessen hun kaller systematisk tekstkondensering. Da kom jeg fram til følgende fire tema:

- Koordinering er utfordrende
- Individuelle egenskaper

- Betydning av relasjon - å se og bli sett
- Organisatoriske utfordringer

Disse første funnene ble plassert i et skjema hvor jeg også markerte hvilke informanter som hadde kommet med følgende utsagn (Hjelpeskjema 3.1).

Hjelpeskjema 3.1 Oversikt tema og informanter

	Kommune 1						Kommune 2					
Tema/ Inf.nr	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Koordinering er utfordrende	X	x	x	x		x	x	x		x	x	
Individuelle egenskaper	X		x		x				x	x		x
Betydning av relasjon - å se og bli sett	X	x		x	x		x	x	x		x	
Organisatoriske utfordringer	X	x	x		x	x	x		x	x		x

Dette gjorde jeg for å få et overblikk og en forståelse for hva datamaterialet handlet om.

Deretter begynte jeg prosessen med å analysere teksten etter Graneheim og Lundmans (2004) modell.

Datamaterialet ble deretter lest igjennom og analysert utsagn for utsagn for å finne meningsbærende enheter som svarte på min problemstilling. Disse ble fortløpende sortert i et skjema hvor de deretter ble kondensert og kodet (Hjelpeskjema 3.2).

Hjelpeskjema 3.2. Analyseprosess. Koding av meningsbærende enheter

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode
K1-2«..jeg tenker ikke på e-resepter. Jeg tenker på sånn meldinger til fastlegen. Men det er litt sånn som jeg har opplevd at det tar lenge før du får svar. Det er litt sånn med meldinger at du må ringe litt i ettertid og høre om de har fått meldingen. Så er du på en måte like langt».	Ved beskjeder til fastlegen hender det at de føler behov for å forsikre seg om at beskjeden er kommet fram elektronisk.	Stoler ikke på systemet
K1-3«Skjelden de får et brev med hjem. Men det er veldig forskjellig. Noen får jo brev. Det går fremdeles mye gjennom telefon. Leger som ringer inn med beskjedene». (om info. etter legetime)	Ulik måte å få pasientinformasjon fra fastlegen etter legetime. Ingen rutine på hvordan de får tilbakemelding etter legetime.	Uklare rutiner
K1-1»Det er forskjell på legene. Det er noen leger som ikke vil, eller det ikke passer å samarbeide med».	Opplever at noen leger ikke ønsker tett samarbeid.	Samarbeid er personavhengig.
K1-1«Også er det noen som setter pris på oss. Og er veldig gode å samarbeide med».(om samarbeid med lege)	Å bli verdsatt som sykepleier gir opplevelse av godt samarbeid.	Anerkjennelse for eget arbeid
Osv.		

Jeg forholdt meg så objektiv som mulig i denne prosessen. Og minnet meg selv på å være tro mot informantens utsagn. Kodene skulle ha mening når de ble forstått i kontekst. Men det var av stor betydning at de virkelig var representative for de meningsbærende enhetene de representerte. De ble derfor satt opp mot informantens utsagn flere ganger for å se at de virkelig var tydelige og representative for utsagnet de representerte.

Når jeg så hadde en foreløpig oversikt over kondenserte meningsbærende enheter og koder, ble disse sortert etter kategorier. Flere kategorier ble ført sammen for å danne meningsfulle sub-tema, som var:

- Opplevd ressursmangel og begrensinger
- Nærhet og gode relasjoner
- Samarbeidet avhenger av behov og individene
- Moderne kommunikasjon
- Bruk av rett kompetanse

Disse sub-temaene ble samlet under to tema; organisatoriske utfordringer og relasjonens betydning. Disse funnene blir presentert i kapittel 4. Utdrag fra analyseprosessen fra meningsbærende enheter til tema, er vedlagt oppgaven som vedlegg 5.

3.6 Etiske vurderinger

Helsinkideklarasjonen 1964-2000 ble utarbeidet for å beskytte forsøkspersoner og pasienter i medisinsk forskning. Deklarasjonen etablerer en standard for hvordan medisinsk forskning bør utføres på en etisk forsvarlig måte (Ruyter, Førde og Solbakk, 2007). Alle informanter fikk skriftlig informasjon om studiens formål, hva datamaterialet ville bli brukt til og at alle opplysninger ville anonymiseres (vedlegg 2). Her ble de også informert om at deltakelse var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg. Helt til slutt signerte de på samtykkeskjema før oppstart av fokusgruppene (vedlegg 3).

Wibeck (2000) sier at fokusgrupper er mer etisk enn strukturerte intervju. I fokusgrupper får mennesker kommet til orde på vilkår som er deres egne, og siden det er i en gruppe kan deltakeren om ønskelig avstå fra å komme med uttalelser. Malterud (2012) poengterer betydningen av tema ved valg av fokusgrupper. Hun sier at sensitive tema tas best opp på tomannshånd.

Da dette prosjektet var meldepliktig ifølge personopplysningsloven, ble det meldt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste og godkjent (vedlegg 6). Alle data ble anonymisert ved transkribering. Og transkribert data og lydfiler ble oppbevart i privat hjem, i låsbart rom.

3.7 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet i studien: Reliabilitet referer til spørsmål om en annen forsker som anvender de samme metodene, vil komme fram til samme resultat. Reliabilitet har i denne sammenheng referanse til repliserbarhet (Thagaard, 2011). Silverman (2011) sier dette kan gjøres ved at jeg gjør forskningsprosessen gjennomsiktig, og beskriver det teoretiske ståstedet som er grunnlaget for mine tolkninger.

Validitet: Validitet handler om gyldigheten av tolkningene forskeren kommer fram til. Om disse funnene stemmer med virkeligheten (Thagaard, 2011). Det handler om å kalle saker for deres riktige navn og virkelig studere det en har sagt en skal studere. Validiteten styrkes ved å gå kritisk gjennom analyseprosessen (Thagaard, 2011). Det er alltid spørsmål om forskeren påvirker informantenes svar, men i fokusgruppestudier kan validiteten også svekkes ved at deltakerne ikke sier hva de tenker på grunn av gruppepress, at de overdriver for å gjøre inntrykk eller at de kun sier hva som er sosialt akseptert (Wibeck, 2000). I denne studien vises det til uttalelser fra sykepleiere om hvilke forhold de erfarer som er av betydning for koordinering av pasienttjenester. Slik har jeg skaffet gyldige funn om forhold som angår problemstillingen. Studiens validitet vises også igjen i diskusjons kapittelet, hvor jeg har relatert mine funn opp mot gjeldene teori.

4.0 FUNN

I dette kapittelet vil jeg presentere funn fra analysen av fokusgruppene. Analysen bunnet ut i to hovedtema som jeg har valgt å kalle organisatoriske utfordringer og relasjonens betydning. I første del presenterer jeg betydningen av organisatoriske utfordringer for hvordan sykepleieren erfarer koordinering av pasienttjenester. I andre del presenteres relasjonens betydning for sykepleiernes opplevelse.

4.1 Organisatoriske utfordringer

4.1.1 Opplevd ressursmangel og begrensinger

Sykepleierne i begge fokusgruppene uttrykket at de opplevde ressursmangel og begrensinger som en negativ faktor for å koordinere pasienttjenester.

Informantene var opptatt av den store arbeidsmengden de selv og samarbeidende faggrupper hadde. De uttrykket forståelse for at andre faggrupper hadde stor arbeidsmengde, og at det ikke oppleves som realistisk å få nært samarbeid med alle faggruppene. Et utdrag av samtalen mellom informantene uttrykket dette om møter med fastlegen:

K1-2(...) Det er synd at vi ikke har det oftere for å si det sånn. Eller at vi kunne hatt det, men det er jo ikke mulighet for å ha det fast. Det er jo ikke tid til det, og legen prioriterer kanskje ikke heller. K1-4 Jeg tror ikke legen vil prioritere det. De har jo fulle lister på dagen. K1-5 Og da tenker jeg at det er litt håpløst. Og det har jo vært litt opp i dagen akkurat det. At vi skal kunne forlange det av legene, men de bare ler av det. Det er ikke realistisk.

Sykepleierne var enstemmig enige om at en av de største utfordringene de hadde med koordinering av pasienttjenester var samarbeidet med fastlegen. Det var denne faggruppen de jobbet tettest sammen med, og var avhengig av å ha trygg og rask form for kommunikasjon. Dersom det var behov for å snakke med fastlegen på telefon, kunne det bli en tidkrevende og frustrerende oppgave. Sykepleierne ble ikke prioritert foran pasienter, og måtte dermed vente i kø på telefon og ved oppmøte på legekontor.

Dette ble uttrykket slik i en samtale mellom deltakerne i den ene fokusgruppen:

K1-3(...)hvis du skal ringe til et legekontor så tar det jo litt tid. For å komme gjennom. Du er jo bare enda et nummer i køen. Det tar veldig lang tid. Det er veldig frustrerende. Det har vært lett å ty til å ringe det hemmelige nummeret. Hvor vi legger fram pasientens problem og får hjelp på den måten. Og

det godtar de som regel fint. Når vi sier vi har stått en halvtime til trekvarter i telefonkø. Ja. Akkurat det er litt utfordrende. K1-5 Og det er ikke alltid det passer. Også må du gjerne vente på tur, også står du der og humper. Ganske frustrerende. Hvis det er 7 foran deg i køen som det ofte er.

Medisinendringer som skal meldes inn i multidosen (ferdige porsjoner med legemidler pakket på apoteket) er fastlegens ansvar. Før medisinendringene er kommet med i multidosen må sykepleierne seponere eller legge til medisiner i posene for hånd. Det er tidkrevende og derfor ønskelig at fastlegen melder inn medisinendringer til apoteket så raskt som mulig.

Frustrasjoner rundt dette uttrykker en informant slik.:

K2-3 De er forskjellige de og. Og noen.. hehe..(puster tungt) noen må .. vi må for eksempel passe veldig på det at de tar forandringer i medisiner inn i multidosen. Vi må ringe og ringe, og skrive og skrive. Det blir ikke fulgt opp.

Flere av informantene beskrev at det oppstod situasjoner der kommunikasjonen mellom lege og sykepleier oppleves som utydelig. Det oppstod blant annet misforståelser angående tilbakemeldinger på problemstillinger og avtaler for hjemmebesøk.

K1-1 Jeg tenker også på det når vi kontakter lege for å få vurdering på en aktuell problemstilling, også kommer pasienten tilbake fra legetimen og vi får skriv fra legen hvor det ikke virker som han har sett på det vi mente var problemstilling i det hele tatt.

K1-2 Noen ganger så er det litt frustrerende når du vet at legen skal komme på hjemmebesøk, også plutselig er han hos pasienten og så reiser han uten at vi får beskjed.

Sykepleierne uttrykket også at det var noen utfordringer med samarbeidet med andre faggrupper. Dette gikk hovedsaklig ut på lang ventetid på noen hjelpemidler og at ordningen med at hjemmet skulle være tilrettelagt før oppstart av hjemmesykepleie ikke alltid fungerte som forventet.

K1-5 Hvis de skal ha spesielle hjelpemidler. Da kan det ta 6-7-8-9 uker fra det er bestilt og til det kommer. Det er litt for lenge.

K2-3 Nå skulle det jo fungere, det skulle vel alltid fungere, at når du kommer hjem så skal alt være på plass. Det er det ikke alltid. De har egen koordinator som har tatt kontakt med sykehus/ sykehjem. Når vi kommer på besøk i hjemmet så skal det være på plass og tilrettelagt. Og det er det jo ikke alltid.

4.1.2 Bruk av rett kompetanse

Det kom fram at sykepleierne ønsket å delegere oppgaver til andre faggrupper. De uttrykket at de ønsket at visse arbeidsoppgaver skulle utføres av helsepersonell som hadde bedre

kompetanse enn de. Dette ga de uttrykk for ville spare tid og skape mindre frustrasjon for sykepleierne. Særlig ved bestilling av hjelpemidler opplevde de at det kunne bli frustrerende å ikke ha nok kompetanse. Noe disse utsagnene om samarbeidet med ergoterapeut beskriver:

K2-1 Der det skal være spesialtilpasset hjelpemidler. Dostoler og sånn kan vi bestille. Men når det begynner å bli mer motoriserte hjelpemidler, da har vi helst lyst at det skal komme en ergoterapeut og bestille. Det er ikke alltid det er mulig.

I kommune 1 hadde de ergoterapeut tilgjengelig på samme bygg. Deres erfaring med samarbeidet ble påvirket av denne nærheten. I samtalen mellom to av sykepleierne kommer det fram slik:

K1-1 Det er så godt å ha det sånn. Hu kan dra hjem og vurdere behov, størrelser og plassering av utstyr. Også komme hun inn til oss etterpå og forteller «vet dere hva, sånn og sånn hadde jeg tenkt. Hadde ikke det vært greit?» Det er så supert! K1-4 Tror vi sparer enormt mye tid på det. K1-1 Vi sparer enormt mye tid. Og frustrasjon. For kanskje vi ikke har trent oss så veldig opp på akkurat det. Mens hun vet så mye bedre hva vi trenger eller for eksempel hvor på badet den bøylen skal stå.

4.1.3 Moderne kommunikasjon

For å få en mer oversiktlig og hurtigere kommunikasjon mellom faggruppene, har kommunene implementert elektronisk kommunikasjon. Sykepleierne i kommune 1 oppgav at de var i oppstartsfasen med elektroniske kommunikasjon. Det var på det tidspunktet kun få fastleger som hadde blitt knyttet opp til nettverket. I kommune 2 hadde det vært større fokus på elektronisk samhandling, og de hadde knyttet seg opp til flere faggrupper allerede. I kommune 2 ble hovedvekten av all kommunikasjon utført elektronisk. Selv om de to kommunene i denne studiene hadde ulik grad av implementering, men sykepleierne i begge kommunene hadde tanker og erfaringer knyttet til bruk av denne type teknologi.

De opplevde at den elektroniske kommunikasjonen sørget for oppdatert informasjon om pasientens behov. De hadde til enhver tid oversikt over hvilke tjenester pasienten mottok, hvor pasienten oppholdt seg (hjemmet/ sykehjem / sykehus) og endringer i hjelpebehov. Noen av deltakerne i den ene fokusgruppen uttrykker hvorfor den elektroniske kommunikasjonen forbedrer koordinering av pasienttjenestene slik:

K2-3 Det er fordi vi til enhver tid vet hva som skjer. At det er en plan. Vi vet om det er økt hjelp eller mindre hjelp. Vi vet alt liksom. K2-4 Det har vært god kommunikasjon der altså. K2-3 God informasjon som dekker alt. K2-4 Ja, og at du får liksom informasjonen til rett tid.

Samarbeidet med fastleger oppleves også lettere. Legene oppleves som mer tilgjengelig, og dermed kunne sykepleierne hurtig videreformidle problemstillinger. Tilbake fikk de tydelige

og skriftlige ordinasjoner. Det var ingen forventning om at fastlegen skulle svare øyeblikkelig, men for problemstillinger som kunne vente noen dager var det en ypperlig løsning. Tre ulike utsagn fra informanter i kommune 2 uttrykker det slik:

K2-3Jeg syns det fungerer ganske greit med de e-meldingene til legene. For vi vet jo at vi ikke kan bruke det som øyeblikkelig hjelp. Det kan ta noen dager før vi får svar, men som regel får vi svar.

K2-5 Jeg opplever at legen er mye mer tilgjengelig når vi har han her elektronisk. Mm. For det går så mye tid tapt i forsøk på å få tak i legen. Jeg føler vi rekker over mye mer, og treffer flere leger når vi har den elektroniske løsningen.

K2-4 Også er det jo sånn i en hektisk hverdag. Du blir jo bombardert med problemstillinger, også er det bare å sette seg ned og få det unnagjort. Istedenfor å ha det på blokka og ikke bli ferdig med det.

Den elektroniske kommunikasjonen hadde også noen fallgruver. Dersom fastlegen var bortreist, eller midlertidig utilgjengelig, var det ingen automatikk i at elektroniske meldinger ble videresendt til vikarierende fastlege. Da sykepleierne ikke forventet øyeblikkelig svar, så kunne det gå noe tid før de oppdaget at fastlegen ikke hadde mulighet for å svare dem.

K2-5Det er i hvert fall min erfaring i praksis at hvis legene er vekke, så får vi ikke svar før legene er tilbake. For det er ikke noe sentralbord som sorterer meldingene. K2-4Om sommeren så skal du jo ha noen som vikarierer for hverandre. K2-3Det kan være et helt annet kontor vet du. K2-4 Ja, og da har ikke vi fått beskjed om det. K2-3Nei også fanger de ikke opp det som går inn i den andre sin meldingsboks.

I kommune 1 uttrykket sykepleierne at det var «innkjøringsproblemer». Dette kunne føre til at sykepleierne ble usikre på om meldingen var kommet fram, og dermed følte de behovet for å ringe legekantoret og sjekke at fastlegen hadde fått beskjeden deres.

K1-2(...)Jeg tenker på sånn meldinger til fastlegen. Men det er litt sånn som jeg har opplevd at det tar lenge før du får svar. Det er litt sånn med meldinger at du må ringe litt i ettertid og høre om de har fått meldingen. Så er du på en måte like langt.

4.2 Relasjonens betydning

Betydningen av gode interpersonelle relasjoner var et av hovedfunnene i denne studien. Informanter fra begge fokusgruppene kom med uttalelser om hva det betyr å kjenne den du samarbeider med. De var engasjerte og positive når de snakket om samarbeidspartnere de

hadde en relasjon til. Denne gode relasjonen kom ofte med personer som de enten delte kontor med, eller hadde over tid bygget opp et forhold.

4.2.1 Nærhet og gode relasjoner

Faktorer som bidrar til å bygge en god relasjon var å ha muligheten til møter og å kunne snakke med samarbeidspartner ansikt til ansikt. Slike møter virket oppklarende på utydelig informasjon og økte kjennskap til hverandre. En av sykepleierne uttrykker det slik:

K1-2 (...) vi fikk på en måte liksom rydda opp en del spørsmål som vi lurte på og som pårørende og satt og lurte på for å si det sånn. Sånn at det gikk jo greit, og etter det så har det jo vært litt, altså det er sånn som du sier da har du jo et ansikt på den legen sant. Altså du, vi vett om hverandre.

Å ha mulighet for uformelle møter og nærhet til samarbeidspartner ga grunnbunn for gode relasjoner og samarbeid. Det var enkelt å utveksle informasjon og løse problemstillinger, og sparte dem mye tid. Det kommer fram i fokusgruppene i begge kommunene. I kommune 1 blir dette uttrykt slik:

K1-2 Fysio/ergo som vi har her på huset er jo mye lettere å samarbeide med. Fordi de er fysisk i nærheten av oss. Vi har de rett nedi gangen og de kommer på faste møter hos oss. De er kjempegreie å samarbeide med.

Og i kommune 2 beskriver de samarbeid med miljøtjenesten på denne måten:

K2-3 Det er så enkelt å bare stikke innom for å si noe og diskutere småting. Vi ser hverandre. Vi har en møteplass.

K2-4 Det er så mye som blir løst der og da, i stedet for at du skal gå og irritere deg. Drive og ringe og ikke treffe på personer. Bruke tid på sanne ting.

En god relasjon til andre faggrupper gir mulighet for læring. Utsagn fra to sykepleiere beskriver hvordan de opplever at legen kunne tilføye nye synspunkt på problemstillinger som de ikke hadde tenkt på.

K1-1 Du får en del. Vi er kanskje litt sånn at vi kun tenker på den og den tingen. Også sitter legen der og tenker på et helt hav. Og plutselig begynner å spørre om sånn og sånn og sånn. Da begynner du å tenke og sånn, og du får kanskje informasjon som du kanskje ikke vet helt om.

K1-2 Hvis vi får kommunikasjon med legen. Da er det kanskje bare en ting vi henger oss opp i, også kommer legen med nye tilføyelser.

4.2.2 Samarbeidet avhenger av individene

Selv med godt fungerende rutiner, elektronisk kommunikasjon og godt grunnlag for å bygge relasjoner kom det fremdeles fram at grunnlaget for godt samarbeid var avhengig av individene de samarbeidet med. Sykepleierne var opptatt av at deres observasjoner ble tatt seriøst. At samarbeidende personell verdsatte dem. De uttrykket at det var individenes personlighetstrekk som avgjorde om samarbeidet fungerte. Dette kom fram i begge fokusgruppene. Sykepleierne uttrykker slik:

K1-3 Det er forskjell på legene. Det er noen leger som ikke vil, eller det ikke passer å samarbeide med.

K2-3 (...) det er noen (fastleger) som setter pris på oss. Og er veldig gode å samarbeide med. Så det er forskjell på dem.

5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet vil jeg først drøfte funn fra analysen opp mot gjeldende teori og forskning. Jeg avslutter med metodiske overveielser, implikasjoner for praksis og behov for videre forskning

5.1 Sykepleierens rolle i koordinering av pasienttjenester

I vårt samfunn er kunnskap ofte svært spesialisert. Forskjellige yrkesgrupper ivaretar spesifikke funksjoner og arbeidsoppgaver, og behovet for samordning og samarbeid er stort. Dersom ulike yrkesgrupper og sektorer arbeider uavhengig av hverandre med tiltak for de samme pasientene, kan det være vanskelig å nå de overordnede målene for behandlingen.

Målet med sykepleie er å hjelpe individer til å raskest mulig gjenvinne sin selvstedighet når det gjelder å ivareta sine egne behov. Og når mennesker ikke lenger klarer å dekke behovene sine selv, er det sykepleierens sin oppgave å hjelpe ham/ henne å få disse dekket. Som generalist er sykepleieren godt skikket til å ivareta et helhetssyn på pasientens situasjon. Derfor er det ofte naturlig at det er sykepleierens ansvar å koordinere tjenester knyttet til pleie, omsorg og rehabilitering. (Kristoffersen, 2006).

5.2 Faktorer som påvirker kommunikasjonen

5.2.1 Tilgjengelighet på tross av avstand

Yrkesgruppene sykepleieren jobber tette sammen med er helsefagarbeidere, ulike kategorier av leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og vernepleiere. I tillegg er det flere yrkesgrupper i sosialektoren som det i visse tilfeller kan være aktuelt å samarbeide med. Sykepleierne i denne studien vektla fastlegen som den viktigste samarbeidspartneren.

Å ta ansvar for syke mennesker er ikke mulig uten å samarbeide. «Organisering av arbeidet er samtidig organisering av samarbeidet» Orvik (2004). Han sier videre at for å få til et samarbeid må man tilpasse seg hverandres arbeidsoppgaver, rytme og stil.

Hjemmesykepleiernes erfaringer med koordinering av pasienttjenester viser at de er avhengig av å ha andre faggrupper tilgjengelig på tross av fysisk avstand.

Nærhet og møteplasser hadde flere positive innvirkninger på samarbeidet. Det ble ikke bare lettere å koordinere og utveksle informasjon, men møter hadde også effekt på andre områder av sykepleierens yrkesutøvelse.

I kommune 1 hadde sykepleierne fysioterapeut og ergoterapeut tilgjengelig på samme bygg, i kommune 2 hadde sykepleierne tilsvarende forhold til miljøterapeuter. Denne nærheten oppgav de som en viktig faktor for effektiv og tett samarbeid. Erfaringene rundt dette var at de andre faggruppene var lettere å nå og det ble enklere å løse felles problemstillinger. Denne regelmessige kommunikasjonen og interaksjonen er fokus i studien til Grinspun (2007). Her kom det også fram at nærheten stimulerer godt samarbeid. Interaksjon med andre yrkesgrupper førte til at det kunne genereres ny kunnskap og sykepleierne fikk nye synspunkter på pasientens problemstillinger. Dette bekreftes av Orvik (2004) som påpeker at arbeidsfelleskap kan være et forum for nye initiativ og faglig utvikling.

I tilfeller hvor det ikke var mulig med regelmessig interaksjon, kom møter fram som et godt alternativ. Sykepleierne erfarte også at mulighet for en møteplass med samarbeidspartnere virket oppklarende på misforståelser og utydelig informasjon. Horwitz m.fl. (2009) sin studie *«Dropping the Baton: A Qualitative Analysis of Failures During the Transition From Emergency Department to Inpatient Care»* viser betydningen av muntlige samtaler ved overføring av pasienter. Mulighet for muntlige rapporter var av stor betydning for å avklare misforståelser og ga mulighet for utdyping av informasjon. Disse funnene støttes også av Meling og Bø (2010). Møter kan derfor være en plass for utveksling og oppklaring av informasjon om pasientens tilstand og videre oppfølging.

Avstand mellom sykepleierne og deres samarbeidspartnere påvirket det interprofesjonelle arbeid på flere måter. Armstrong (1985) sier at avstanden som skiller helse- og sosialarbeiderne, vil også fragmentere pasienten og hans sykdom. Fragmenterte helsetjenester skaper situasjoner hvor det oppstår brudd på informasjonsflyten mellom de ulike enhetene i helsevesenet. Tidligere studier påpeker at dette kan skyldes geografiske avstander, enheters ønske om å se på seg selv som uavhengige (Weiss, 1987), ledelse eller tidspress (Reisæter, 2008). Dette promoterer yrkesspesifikke oppgaver, og dermed hindrer interprofesjonelt samarbeid (Reeves m.fl., 2010). Ved behov for formidling av informasjon med andre faggrupper måtte sykepleierne ta i bruk elektroniske meldinger, telefon, fax eller post. Dette skapte nye utfordringer og løsninger, som påvirket kommunikasjonen. Det kommer tydelig fram i litteraturen hvor stor betydning god kommunikasjon mellom helsepersonell er for pasientens sikkerhet.

5.2.2 Bruk av elektronisk kommunikasjon

Reeves m.fl. (2010) sier at IT kan bli brukt for å assistere kommunikasjonen mellom

samarbeidspartnere, ved at det tilbyr samarbeidspartnere med enda en måte å støtte arbeidet på. Det arbeides med å skape elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren ved å få til politiske reformer og lovendringer (St.meld.nr.47, 2008 – 2009; Ot.prp. nr. 51, 2008-2009) i håp om å bedre utnytte ressursene i helsetjenesten, gjøre det lettere for helsepersonell å samhandle og gjøre pasientinformasjon lettere tilgjengelig. Bruk av elektroniske hjelpemidler innen helsetjenesten blir ofte nevnt i arbeidet med pasientsikkerhet. Slike hjelpemidler kan automatisere og mekanisere oppgaver (Spath, 2011). Blant annet for å forebygge feil i legemiddelhåndtering (Hjort, 2007). Kommunene i denne studien hadde ulik implementering av elektronisk kommunikasjon (se artikkel). Erfaringene til sykepleierne i begge fokusgruppene var at denne form for samhandling ga dem tydelig informasjon til rett tid. Andre faggrupper var lettere tilgjengelig, og den enkle kontaktmuligheten sparte dem mye tid. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi kan bidra til fjerndiagnostisering og veiledning av lokalt helsepersonell i behandling av pasienter. Og etter min mening å samle et fragmentert helsevesen. Målet er organisasjoner som kan nyttiggjør seg informasjon uten å ta hensyn til hvor i organisasjonen personen eller gruppen med denne kunnskapen befinner seg (Rosness, 2004).

Norm for informasjonssikkerhet (Helsedirektoratet, 2010) beskriver EPJ (elektronisk pasient journal) som et verktøy som stadig tas mer i bruk for å sikre tilgjengelige og oppdaterte opplysninger på tvers av faggrupper. Det skapes mange muligheter med elektroniske behandlingen av opplysninger, men skaper også utfordringer for informasjonssikkerheten hos virksomhetene. Elektronisk behandling medfører blant annet at opplysningene enklere og raskere kan gjøres tilgjengelig både internt i en virksomhet og eksternt utenfor virksomheten. Dette vil være en fordel, forutsatt at opplysningene kun gjøres tilgjengelig for rett vedkommende til rett tid. Det kan imidlertid oppstå utilsiktede konsekvenser for opplysningenes konfidensialitet, og særskilte tiltak må iverksettes for å sikre at uvedkommende ikke får tilgang til opplysninger som er lagret elektronisk. Informantene ble spurt om erfaringer med brudd på taushetsplikten ved innhenting og videreformidling av pasientinformasjon. Responsen var at dette forekom sjeldent. En av informantene i kommune 2 hadde opplevd et tilfelle hvor taushetsbelagt pasientinformasjon hadde ved en feiltakelse blitt sendt til en skriver hos en annen enhet. Det var også et tilfelle hvor pasienten journal hadde blitt overført til feil virksomhet i kommunen. Dette viser at det er behov for mekanismer som gir tillit til at alle aspekter ved informasjonssikkerhet er tilfredsstillende ivarettatt hos de aktuelle virksomheter.

5.2.3 Å se og bli sett

Relasjonen til samarbeidspartnere påvirket kvaliteten på kommunikasjonen. Tidligere studier og litteratur bekrefter betydningen av relasjoner og følelser.

For å utvikle en god relasjon erfarte sykepleierne det var viktig med hyppig kontakt, og mulighet for å kommunisere ansikt til ansikt. Erlien (2012) bekrefter dette. Jo hyppigere og mer gjensidig kommunikasjon de har med mottakeren, vil føre til at de får mer kunnskap om samarbeidspartnerens forutsetninger, verdier og holdninger. Kjennskap til disse reaksjonsmønstrene gir sykepleierne mulighet til å tilpasse språket, kommunikasjonsstilen og valg av kanaler. På denne måten vil kommunikasjonen bli mest mulig vellykket. Litteraturen sier ikke noe om hvor mye tid som er optimalt, men det er generelt akseptert at jo mer tid samarbeidspartnere får sammen jo bedre grunnlag er det for kommunikasjon (Reeves m.fl., 2010).

Gode relasjoner styrkes ved at det dannes emosjonell tilknytning mellom samarbeidspartnere. Reeves mfl. (2010) forklarer dette med at relasjonen mellom samarbeidspartner kan oppleves som belønnende, og det vil føre til en utvikling av en dyp forpliktelse til samarbeidet. En slik opplevelse av forpliktelse avhenger av at sykepleieren er tydelig på sin rolle som yrkesutøver (Reeves m.fl, 2010 ; Kristoffersen, 2006). Informantene i denne studien beskriver at tydelig fagidentitet i relasjon med andre yrkesgrupper var til gode for samarbeidspartnere også. Det var en tydelig grense på hvem som hadde de ulike arbeidsoppgavene, og hvem som hadde best kompetanse på den aktuelle problemstillingen. Kristoffersen (2006) går så langt som å si at i alt faglig samarbeid er det en forutsetning at partene er tydelige representanter for sitt eget fag og sin yrkesfunksjon.

For at sykepleieren skal være en tydelig representant for eget fag må hun ha en bevissthet over ansvarsområder og tydelig kunnskap om sitt eget fagområde (Kristoffersen, 2006). Ved å ha en klar oppfatning av hva en har ansvar for , og hva en står for som yrkesutøver med hensyn til verdier og kunnskap kan det dannes en sykepleierfaglig identitet. Og for å styrke denne identiteten er det viktig at sykepleieren utøver faget i samsvar med sine egne verdier og kunnskaper i praktiske situasjoner. Sykepleieren vet hvem hun er og dette preger hvordan hun framstår på ovenfor medarbeidere.

Det var av betydning for sykepleierne at de ble tatt seriøst og følte seg verdsatt. Dette knyttes til både personlig og yrkesfaglig identitet. Følelsen av selvaktelse og behov for anerkjennelse er viktige kriterier for å opprettholde motivasjonen på arbeidsplassen (Erlien, 2012). Miller

m.fl. (2008) fant at uenigheter med leger og manglende anerkjennelse fra samarbeidende faggrupper påvirket sykepleiernes følelser og villighet til å delta i interprofesjonelt samarbeid. Dette var også et funn i Pryor (2008) sin studie *“A nursing perspective on the relationship between nursing and allied health in inpatient rehabilitation”*. Funnene her viste at liten anerkjennelse av sykepleierens komplekse rolle påvirket sykepleiernes bidrag til samarbeid på arbeidsplassen.

5.3 Ressursmangel

Opplevelse av ressursmangel kan skyldes mange årsaker. Blant annet kan organisasjonens oppbygning, politiske føringer og økonomiske begrensninger forklare en side av denne problemstillingen. Likeledes kan mange deltidsstillinger, stort sykefravær og vansker med å få ansatt arbeidstakere med rett kompetanse forklare andre sider. Dette vil ikke bli tatt opp i oppgaven da det er utenfor min problemstilling. Konsekvenser av opplevd tidspress vil heller ikke bli tatt opp her.

Sykepleierne i denne studien sier at den store arbeidsmengden i helsesektoren får skylden for mye frustrasjon og tidsbruk i koordinering av pasienttjenester. FAFO-rapport (2011) viser til at sammenhengen mellom lite personell og tidspress påvirker kvaliteten på omsorgstilbudet. En britisk studie undersøkte hvor mye tid en avdelingssykepleier på en akuttavdeling brukte på kommunisering. Og det ble funnet over 1000 enkelte kommunikasjons hendelser i løpet av en 10 timers vakt (Curtis, Tzannes & Rudge, 2011). Sykepleierne i denne studien sier de opplever å bli overveldet av mengden av problemstillinger og erfarer at dette gjelder for alle yrkesgruppene i helse- og sosialtjenesten.

Økende krav for effektivisering fører til at tid er en knapphetsressurs. Innad i en organisasjon vil dette føre til at alle dens medlemmer, også sykepleierne, har et felles ansvar for å økonomisere med tidsressursene (Orvik, 2004). Forvaltningen av knappe ressurser er en integrert del av rollen som profesjonsutøver. Ressursforvaltning har tradisjonelt hatt en sentral plass i sykepleiernes yrkessosialisering, med opplæring til «å bruke tiden vel» (Orvik, 2004:152).

Sykepleiere står som yrkesgruppe i spenningsfeltet mellom å ivareta pasientens helhetlige behov, og møte organisasjonens krav til effektivitet. Orvik (2004) kaller dette for konflikten mellom «pasienttid» og «produksjonstid». Sykepleierne skal ivareta verdier og ansvar i eget

fag, men også utføre delegert arbeid fra andre faggrupper med de samme fastsatte ressursene. Ansvar kan i noen tilfeller bli større enn de tilgjengelige ressursene, og dette skaper manglende samsvar mellom ansvar og myndighet. Orvik (2004) sier at siden fordeling av ressurser er primært en leders ansvar, og dermed vil profesjonsutøverne få mangel på myndighet over ressurser som er nødvendige for å håndtere ansvaret for pasientene på en forsvarlig måte. Dette kan skape en opplevelse av ressursmangel hos utøveren.

Yrkesutøvelsen for sykepleierne har blitt mer komplisert, og dette henger sammen med opplevelsen av større arbeidsbelastning (Orvik, 2004). Sykepleierne i studien min beskriver at de i noen tilfeller overtar oppgaver som de selv opplever å mangle kompetanse på (ergoterapeut/ bestille hjelpemidler). De sier selv at dette skyldes manglende ressurser hos den aktuelle profesjonen som burde utført arbeidet.

5.4 Bruk av individuell plan

Ingen av informantene nevnte bruk av individuell plan i arbeidet med koordinering av pasienttjenester. Dette var et uventet funn.

Retten til individuell plan har vært gjeldende siden 2001. I lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-5 blir individuell plan rettighetsfestet: *«Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern»*. Kommunens ansvar i arbeidet med individuell plan er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011). Individuell plan er et tilbud til pasienter med sammensatte og langvarige behov. Den er frivillig og pasienten skal samtykke i at det utarbeides en plan. I Helsedirektoratets rapport «Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner, 2011» har fylket hvor studien min ble utført høy innrapportert bruk av individuell plan. Jeg kan kun spekulere i grunnen til hvorfor sykepleierne i min studie ikke snakket om dette. Muligens kan det henge sammen med blant annet lite bruk av dette verktøyet, kommunene kan ha lite utviklede rutiner på bruk av individuell plan eller feil i studiens design.

5.5 Svakheter ved studien

5.5.1 Metodiske overveielser

Overveielser vedrørende utvalget. Inklusjonskriteriene gjorde at sammensetningen av fokusgruppen var homogen. Malterud (2013) sier dette er en fordel når man ønsker å få fram felles erfaringsgrunnlag. Derimot kan validiteten av dataene fra fokusgruppen i kommune 2 diskuteres, da det her også var med virksomhetsleder. Virksomhetsleder vil i kraft av sin stilling kunne påvirke de svarene til de andre deltakerne i gruppen (Wibeck, 2000).

Overveielser vedrørende rekrutteringen av informanter. Rekrutteringsprosessen har også noen svakheter. I kommune 1 ble virksomheten hvor informantene arbeidet valgt ut av leder av helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Begrunnelsen for hvorfor denne virksomheten ble valgt ut er uvisst. Selve informantene i denne virksomheten ble invitert til å delta i studien av deres avdelingsleder. Det var en forutsetning at all deltakelse var frivillig, men selve rekrutteringsprosessen av disse informantene inneholder flere usikre momenter. I kommune 2 ble fire virksomheter invitert til å delta i studien. Valget på virksomhet var avhengig av deres mulighet til å stille med 6 informanter. I kommune 2 ble informantene invitert til å delta i studien av virksomhetsleder.

Overveielser vedrørende moderator. Forfatter var moderator i begge fokusgruppene. For å styrke validiteten hadde det vært ønskelig å hatt en mer erfaren moderator da forfatter aldri har utført fokusgruppeintervju tidligere.

Overveielser vedrørende geografiske kriterier. I denne studien ble det kun utført fokusgruppeintervju i to nabokommuner med sammenlignbart og høyt innbyggertall (>70 000). Erfaringen til sykepleierne her vil muligens ikke kunne sammenlignes med hva sykepleiere i mindre kommuner erfarer som betydningsfullt for koordinering av pasienttjenester. Det stilles også spørsmål om bare to fokusgrupper vil kunne gi data som kan generaliseres.

5.6 Implikasjoner for praksis

Utifra funnene i denne studien vil jeg komme med disse anbefalingene for praksis:

- Organisering av flere faggrupper i samme bygning. Nærheten fører til mulighet for ansikt til ansikt kommunikasjon, bygging av relasjoner og utveksling av kunnskap.

- Videreutvikling og implementering av elektronisk kommunikasjon i kommunen. Sykepleierne erfarte at riktig bruk av elektroniske meldinger var tidsbesparende. Negative opplevelser var knyttet til programmets brukervennlighet, og begrenset implementering. Det bør også utvikles systemer for å fange opp ubesvarte e-meldinger.

5.7 Behov for videre forskning

En tydelig yrkesidentitet er viktig i samarbeid med andre profesjoner. I hjemmesykepleien utfører sykepleieren mange oppgaver som går utenfor hva mange mener er tradisjonell sykepleieutøvelse for å møte pasientens behov (Kristoffersen, 2006). Jeg mener det hadde vært spennende å utforske hvordan hjemmesykepleierens opplevelse av yrkesidentitet påvirker samarbeid med andre faggrupper.

Ingen av informantene snakket om bruk av individuell plan. For å møte kravene til pasient-/brukermedvirkning og en mer helhetlig og sømløs helse- og omsorgstjeneste kan dette være et svært aktuelt middel. Det hadde vært interessant å lære mer om sykepleiernes bruk av, og involvering i, individuell plan i hjemmetjenesten.

6.0 KONKLUSJON

I sin yrkesutøvelse er hjemmesykepleieren godt skikket til å ivareta et helhetssyn på pasientens situasjon. Det blir derfor en naturlig forlenging at det er sykepleierens ansvar å aktivt delta i koordinering av tjenester knyttet til pleie, omsorg og rehabilitering. Denne studien viser til at sykepleiere opplever at koordinering av pasienttjenester påvirkes av flere forhold. Organisatoriske utfordringer knyttet til ressurser, rutiner og tilgjengelighet av andre faggrupper er av stor betydning for innsamling og utveksling av informasjon om pasienten. Samtidig vil relasjoner og følelser knyttet til samarbeidspartnere påvirke sykepleiernes motivasjon og ytelse.

7.0 LITTERATUR

- Aase, K. (2010) *Pasientsikkerhet- teori og praksis i helsevesenet*. Universitetsforlaget.
- Apker, J., Mallak, L., Gibson, S. (2007) Communicating in the “Gray Zone”: Perceptions about Emergency Physician– hospitalist Handoffs and Patient Safety. *I: Society for Academic Emergency Medicine 14:884-894*
- Armstrong, D. (1985) Space and time in British general practice. *I: Social science and Medicine; 20:659-666*
- Bates, D.B., Gawande, A.A. (2003) Improving Safety with Information Technology. *I: N Engl J Med 348:2526-2534*
- Bokmålsordboka (2010). *Universitetet i Oslo i samarbeid med Språkrådet*. Tilgjengelig på : <http://www.nobordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=koordinere&bokmaal=+ &ordbok =bokmaal>).
- Chassin, M.R., Belcher, E.C. (2002) The Wrong Patient. *I: American College of Physicians– American Society of Internal Medicine 136:826-833*
- Churchman JJ, Doherty C (2010) Nurses’ views on challenging doctors’ practice in an acute hospital. *I: Nursing Standard. 24, 40, 42-47.*
- Curtis, K., Tzannes, A., Rudge, T. (2011) How to talk to doctors- a guide for effective communication. *I: International Nursing Review 58, 13-20.*
- Danielsen, B.V. , Fjær, S. (2010): Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *I: Sykepleien forskning.1: 28-34*
- Eide, H. og Eide, T. (2006) *Kommunikasjon i relasjoner*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo
- Erlie, B. (2012) *Intern kommunikasjon. Planlegging og tilrettelegging. 4. utg.* Universitetsforlaget. Oslo.
- FAFO-rapport (2011) *Eldreomsorg under press*
Tilgjengelig på: <http://www.fafo.no/pub/rapp/20203/20203.pdf>

- Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness
I: Nurse Education Today 24, 105–112
- Grinspun, D. (2007) Healthy workplaces: the case for shared clinical decision making and increased full-time employment. *I: Healthcare Papers; 7:85-91*
- Halkier, B. (2010) *Fokusgrupper*.
Gyldendal akademisk. Oslo
- Helsedirektoratet (2010) *Norm for informasjonssikkerhet*
Tilgjengelig på: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/norm-for-informasjonssikkerhet/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet (2011) *Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner*
Tilgjengelig på: <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Documents/kartlegging-av-individuelle-planer-i-landets-kommuner.pdf>
- Hjort, P.F. (2007) *Uheldige hendelser i helsetjenesten - En lære-, tenke- og faktabok*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Horwitz, L., Meredith, T., Schuur, J.D., Shah, N.R., Kulkarni, R.G., Jenq, G.Y. (2009) Dropping the Baton: A Qualitative Analysis of Failures During the Transition From Emergency Department to Inpatient Care. *I: Annals of Emergency Medicine Volume 53, No.6*
- Klee, K., Latta, L., Davis-Kirsh, S., Pecchia, M. (2012) Using Continuous Process Improvement Methodology to Standardize Nursing Handoff Communication.
I: Journal of Pediatric Nursing 27(2):168-73
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E. (2006). *Grunnleggende sykepleie. Bind 4*.
Gyldendal. Oslo
- Lauvås, K. og Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi*.
Universitetsforlaget. Oslo.

- Lov av 02.juli 1999 nr. 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).
Tilgjengelig på: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>
- Lov av 2. juli 1999 nr. 64: Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)
Tilgjengelig på: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>
- Lov av 24. juni 2011 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven)
Tilgjengelig på: <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html>
- Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Malterud, K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 3.utg.* Universitetsforlaget. Oslo.
- Meling & Bø (2010) Pasientsikkerhet ved vaktskifte i sykepleietjenesten.
I: Aase, K. (red) (2010) Pasientsikkerhet- teori og praksis i helsevesenet. Universitetsforlaget.Oslo
- Miller, K-L., Reeves, S., Zwarenstein, M., Beales, J., Kenaszchuk, C. Og Gottlib-Conn, L.
(2008) Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards. *I: Journal of Advanced Nursing; 64:332-343*
- Orvik, A. (2004) *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid.* Cappelen Akademisk Forlag. Oslo
- Ot.prp. nr. 51 (2008-2009) *Om lov om endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven*
Tilgjengelig på: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/2008-2009/otprp-nr-51-2008-2009-.html?id=553804>
- Pelletier, D., Duffield, C., Donoghue, J. (2005) DOCUMENTATION AND THE TRANSFER OF CLINICAL INFORMATION IN TWO AGED CARE SETTINGS .
I: Australian Journal of Advanced Nursing 2005 Volume 22 Number 4

- Pryor, J. (2008). A nursing perspective on the relationship between nursing and allied health in inpatient rehabilitation. *I: Disability & Rehabilitation; 30: 314-322.*
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., Zwarenstein, M. (2010) *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Blackwell Publishing Ltd..
- Reisæter, G.S.D. (2008) KOORDINERING – ET GRENSEFLATEPROBLEM? En studie av koordinering og samarbeid i psykiskhelsevern. *I: ATM – Skriftserie. Nr. 16*
- Rosness, R. m.fl. (2004). *Organisational Accidents and Resilient Organisations: Five Perspectives*. SINTEF Report STF38 A 04403
- Ruyter, K.W., Førde, R., Solbakk, J.H. (2007) *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo
- Sadri, G., Bowen, R. C. (2011) Meeting EMPLOYEE requirements: Maslow's hierarchy of needs is still a reliable guide to motivating staff. *I: Industrial Engineer, 43,10:44-48.*
- Spath, P. (2011) *Error Reduction in Health Care: A Systems Approach to Improving Patient Safety*. Jossey-Bass.
- Silverman, D. (2011) *Interpreting qualitative data*. SAGE Publications
- St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*
Tilgjengelig på : <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-/2.html?id=200881>
- St.meld. nr. 45 (2002-2003) *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*
Tilgjengelig på : <http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/20022003/stmeld-nr-45-2002-2003-.html?id=197245>
- St.meld.nr 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*
Tilgjengelig på : <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
- Thagaard, T. (2011) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget. Bergen

- Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*.
Fagbokforlaget. Bergen
- Welsh, C., Flanagan, M.E., Ebright, P. (2010). Barriers and facilitators to nursing handoffs:
Recommendations for redesign. *I: Nursing Outlook. Vol. 58: 148-154*
- Weiss J.A. (1987) Pathways to Cooperation among Public Agencies
I: Journal of Policy Analysis and management Vol. 7.No.1.s.94-117
- Wibeck, V. (2000) *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*.
Studentlitteratur

Vedlegg

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv til bestyrer

Til

XXXX

VEDRØRENDE: Koordinering av pasienttjenester.

Prosjektleder: Anne Norheim
Det Samfunnsvitenskapelig institutt
Institutt for helsefag
TLF: 51834267

Student: Sylvia K. Jensen
sk.jensen@stud.uis.no
TLF: 40106482

Behandlingsansvarlig institusjon: Universitetet i Stavanger
4036 Stavanger
TLF: 51831000

SØKNAD OM Å FÅ GJENNOMFØRE FOKUSGRUPPEINTERVJU I FORBINDELSE MED EN MASTERGRADSOPPGAVE VED UNIVERSITET I STAVANGER

Til daglig er jeg mastergradsstudent ved Universitetet i Stavanger, og jeg jobber også som sykepleier ved hjemmebaserte tjenester i Stavanger kommune.

Høsten 2010 startet jeg på et mastergradsstudium i Helsevitenskap, og ønsker å skrive mastergradsoppgave om hvordan sykepleiere i hjemmebaserte tjenester opplever arbeidet med koordinering av pasienttjenester.

Hensikten med min studie er å avdekke hva som gjør at kommunikasjonen mellom instansene i kommunen gir tilfredsstillende koordinering, og hva som ikke fungerer. Effektiv og trygg kommunikasjon mellom instansene vil være i tråd med Samhandlingsreformens krav om bedret koordinering av pasienttjenester.

Jeg ønsker å få fram erfaringene til sykepleiere som jobber med hjemmebaserte tjenester.

Følgende problemstilling med underordnede forskningsspørsmål ønskes utforsket:

Hvordan beskriver sykepleiere forhold som er av betydning for koordinering av pasienttjenester?

- Hvilke forutsetninger er av betydning for hvordan sykepleierne i hjemmesykepleien koordinerer og samarbeider med de ulike kommunale tjenestetilbudene?
- Hvordan skjer koordinering og kommunikasjon sett fra de ansattes side?

For å kunne få svar på denne problemstillingen ber jeg om å få gjennomføre fokusgruppeintervju ved hjemmebaserte tjenester. Utvalget bør bestå av sykepleiere som selv ønsker å delta og har arbeidet i yrket i minimum 2 år. Det vil være ønskelig med en gruppe fra hjemmebaserte tjenester hos dere, og en gruppe fra hjemmebaserte tjenester i en annen kommune. 6-8 sykepleiere i en gruppe er ønskelig. Og at gruppene vil være tilgjengelig for et oppfølgingsintervju ved et senere tidspunkt.

I forbindelse med intervjuene vil forskningsetiske retningslinjer følges. Jeg vil innhente skriftlig samtykke fra alle som deltar i studien. Alle opplysninger som samles inn blir anonymisert senest ved studiens slutt. Lydbånd og utskrifter vil bli forsvarlig oppbevart og makuleres etter bruk.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

I håp om et raskt og positivt svar!

Stavanger, 12.01.12

Med vennlig hilsen

Sylvia K. Jensen
Mastergradsstudent ved Universitetet i Stavanger

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv til informant

VEDRØRENDE: Koordinering av pasienttjenester.

Prosjektleder: Anne Norheim
Det Samfunnsvitenskapelig institutt
Institutt for helsefag
TLF: 51834267

Student: Sylvia K. Jensen
sk.jensen@stud.uis.no
TLF: 40106482

Behandlingsansvarlig institusjon: Universitetet i Stavanger
4036 Stavanger
TLF: 51831000

Til sykepleiere ved XXX hjemmebaserte tjenester.

Til daglig er jeg mastergradsstudent ved Universitetet i Stavanger, og jeg jobber også som sykepleier ved hjemmebaserte tjenester i Stavanger kommune.

Høsten 2010 startet jeg på et mastergradsstudium i helsevitenskap, og ønsker å skrive hovedfagsoppgave om hvordan sykepleiere i hjemmebaserte tjenester opplever arbeidet med koordinering av pasienttjenester.

Hensikten med min studie er å avdekke hva som gjør at kommunikasjonen mellom instansene i kommunen gir tilfredsstillende koordinering, og hva som ikke fungerer. Effektiv og trygg kommunikasjon mellom instansene vil være i tråd med Samhandlingsreformens krav om bedret koordinering av pasienttjenester.

Følgende problemstilling med underordnede forskningsspørsmål ønskes utforsket:

Hvordan beskriver sykepleiere forhold som er av betydning for koordinering av pasienttjenester?

- Hvilke forutsetninger er av betydning for hvordan sykepleierne i hjemmesykepleien koordinerer og samarbeider med de ulike kommunale tjenestetilbudene?

- Hvordan skjer koordinering og kommunikasjon sett fra de ansattes side?

For å få fram opplysninger som kan brukes videre i min studie ønsker jeg å foreta såkalte fokusgruppeintervju. Der samles 6-8 sykepleiere for å utveksle meninger og erfaringer knyttet til mer konkrete spørsmål omkring studiens problemstilling. Dette er ingen form for kontroll eller test av dere som sykepleiere. Jeg er kun ute etter beskrivelser av deres erfaringer. Disse erfaringene vil ikke på noen måte kunne brukes mot dere i etterkant. Gruppesamtalen vil vare ca 1 time og vil bli tatt opp på bånd og deretter skrevet ut. Lydbåndene vil bli slettet på forsvarlig måte etter at studien er avsluttet.

De opplysninger jeg får fra dere vil bli benyttet i en mastergradsoppgave ved Universitetet i Stavanger.

Alle opplysninger som samles inn vil bli behandlet konfidensielt og avpersonifisert.

Om du er villig til å delta i studien gir du tilkjenne når du undertegner vedlagte samtykkeerklæring. Deltakelse er frivillig. Det får ingen innvirkning til arbeidsstedet ditt om du vil, eller ikke vil delta, eller om du senere ønsker å trekke deg.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S. Den er også godkjent sentralt i Stavanger kommune.

Om du har spørsmål til meg i denne forbindelse er jeg å treffe på telefon 40106482, eller du kan kontakte veileder Anne Norheim på telefon 51834267.

Stavanger, 29.02.12
Med vennlig hilsen

Sylvia K. Jensen

Vedlegg 3 – Samtykkeskjema

SAMTYKKEERKLÆRING

For å delta i undersøkelsen Koordinering av pasienttenester.

Jeg har mottatt informasjon om formålet med studien, og at det er en del av en masteroppgave ved Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag.

Jeg er også informert om at:

- Opplysninger om meg blir behandlet strengt fortrolig
- Det er ikke satt noen spesiell tidsbegrensning for hvor lenge opplysningene jeg gir kan bli lagret

Jeg samtykker i at :

1. Jeg vil delta i gruppeintervju, og samtykker til at informasjonen jeg gir kan benyttes til forskning.

Sted/ Dato

Underskrift

Vedlegg 4 – Intervjuguide

Intervjuguide

Begynner med presentasjon av gruppeleder og alle deltakerne.
Forteller kort om hensikten for fokusgruppen og studien.

Innledende spørsmål om informanten:

o Hvem er mottakerne av deres tjenester, fortell om de? (problemstillinger de har, tilstand dere møter de i, motivasjon hos brukerne, behov, ressurser, rolle, initiativ, kunnskap).

Koordinering og samarbeid:

o Fortell om samarbeid med andre etater / instanser, hvor sentralt er det for dere og hvordan foregår det? Kan dere gi eksempler?
(hvilke etater/instanser, kontaktformer, kjennskap til IKT-verktøy, bruk av elektronisk journal).

o Fortell om du synes det er variasjoner mellom etater / instanser ifht. samarbeid / koordinering og evt. hvorfor? (vilje, evne, holdninger, kunnskap, erfaring, rutiner, profesjoner).

Hva går disse variasjonene ut på?

Hvorfor tror du det er slik?

o Er det utfordringer knyttet til samarbeid og koordinering?

Hva er det som gjør koordineringen vellykket? (praktisk, økonomisk, tradisjoner, ulike profesjoner, taushetsplikt, lederens rolle, brukerne, forventninger, annet?).

o Hvordan opplever du samarbeidet med andre etater/instanser? Erfaringer? Eksempler?

Kontroll og tilsyn

o Er det noen instanser som kontrollerer / følger med i hvordan tjenestene blir koordinert?
(formelle, uformelle, interne, eksterne)

o Hvordan blir evt. kontrollen utøvd, hva skjer om tjenestene ikke blir koordinert, finnes det f.eks sanksjoner av noe slag? (økonomiske, andre)

Drøfting mellom deltakerne

o Hva er likhetene mellom arbeidsmåtene i kommunene?

o Hva er ulikhetene?

Oppsummering

Avslutning

Vedlegg 5 – Utdrag av analysen

Meningsbærende enhet	Kondensert m.e.	Kode	Kategori	Sub-tema	Tema
<p>K2-5 De fleste fastlegene setter pris på det elektroniske systemet. For da kan de svare på problemstillinger når de har tid. Også slippe å bli nedringt av oss.</p> <p>K2-3 De tar det på slutten av dagen så når vi kommer på morgenen, tidlig neste, dag så ligger svaret der.</p>	<p>Opplever at fastleger setter pris på e-meldinger.</p> <p>Slipper å bruke så mye tid i telefonen, og de kan svare på meldingen når de får tid.</p>	<p>1.Lettere for andre faggrupper</p>	<p>Positive opplevelser med elektroniske løsninger</p>	<p>Moderne kommunikasjon</p>	<p><u>Organisatoriske utfordringer</u></p>
<p>K2-5 Jeg opplever at legen er mye mer tilgjengelig når vi har han her elektronisk. Mm. For det går så mye tid tapt i forsøk på å få tak i legen. Jeg føler vi rekker over mye mer, og treffer flere leger når vi har den elektronsike løsningen.</p>	<p>Fastlegen oppleves som mer tilgjengelig med e-meldinger.</p>	<p>2.Tilgjengelighet</p>			
<p>K1-3 Både det at du slipper å bruke tid i tlf og at du har det skriftlig ned det du spør om, og da får du skriftlig svar tilbake.</p> <p>Da er det rett inn i journalen med en gang.</p>	<p>E-meldinger gir skriftlige ordinasjoner.</p>	<p>3.Skriftlig informasjon</p>			
<p>K2-4 Også er det jo sånn i en hektisk hverdag. Du blir jo bombardert med problemstillinger, også er det bare å sette seg ned og få det unnagjort. Istedenfor å ha det på blokka og ikke bli ferdig med det.</p>	<p>E-meldinger sørger for mer effektiv kommunikasjon.</p> <p>Lettere å få formidlet problemstillinger til fastleger.</p>	<p>4.Formidle problemstillinger raskt</p>			

<p>K2-5Det er ihvertfall min erfaring i praksis at hvis legene er vekke, så får vi ikke svar før legene er tilbake. For det er ikke noe sentralbord som sorterer meldingene. K2-4Om sommeren så skal du jo ha noen som vikarierer for hverandre. K2-3Det kan være et helt annet kontor vet du. K2-4 Ja, og da har ikke vi fått beskjed om det. K2-3Nei også fanger de ikke opp det som går inn i den andre sin meldingsboks.</p>	<p>Får ikke svar på e-meldinger til fastlegen dersom han/hun er borte. Vikarierende leger får ikke tilgang til fastlegens meldinger. Ubesvarte meldinger ligger ulest fram til fastlegen er tilbake.</p>	<p>1.Uleste beskjeder</p>	<p>Negative opplevelser med elektroniske løsninger</p>	
<p>K1-2 (...)jeg tenker ikke på e-resepter. Jeg tenker på sånn meldinger til fastlegen. Men det er litt sånn som jeg har opplevd at det tar lenge før du får svar. Det er litt sånn med meldinger at du må ringe litt i ettertid og høre om de har fått meldingen. Så er du på en måte like langt.</p>	<p>Ved beskjeder til fastlegen hender det at de føler behov for å forsikre seg om at beskjeden er kommet fram elektronisk.</p>	<p>2.Stoler ikke på systemet</p>		
<p>K1-1 De har hovedansvaret., også er de så mange. Spredt over hele byen. Og alle har sine åpningstider. (om legekontor).</p>	<p>Samarbeider med flere legekontor med ulik åpningstid</p>	<p>1.Mange å samarbeide med</p>	<p>Generelle begrensninger</p>	<p><u>Opplevd ressursmangel og begrensinger</u></p>
<p>K1-2Leger som ringer tilbake fem på fire, eller fem på fem om ettermiddagen. K1-4 Det er skjeldent det å gå gjennom dagens oppgaver sammen med legen.</p>	<p>Fastlege ringer tilbake etter vaktskifte. Vanskelig å få kontinuitet.</p>	<p>2.Mangel på kontinuitet</p>		
<p>K1-2(...)Det er synd at vi ikke har det oftere for å si det sånn. Eller at vi kunne hatt det, men det er jo ikke mulighet for å ha det fast. Det er jo ikke tid til det, og legen prioriterer kanskje ikke heller. K1-4 Jeg tror ikke legen vil prioritere det. De</p>	<p>Det er urealistisk å få til faste møter med fastleger. Da legene allerede har stor arbeidsmengde.</p>	<p>3.Stor arbeidsmengde</p>		

<p>har jo fulle lister på dagen.</p> <p>K1-5 Og da tenker jeg at det er litt håpløst.</p> <p>Og det har jo vært litt opp i dagen akkurat det.</p> <p>At vi skal kunne forlange det av legene, men de bare ler av det. Det er ikke realistisk.</p>				
<p>K1-3(...)hvis du skal ringe til et legekantor så tar det jo litt tid. For å komme gjennom. Du er jo bare enda et nummer i køen. Det tar veldig lang tid. Det er veldig frustrerende. Det har vært lett å ty til å ringe det hemmelige nummeret. Hvor vi legger fram pasientens problem og får hjelp på den måten. Og det godtar de som regel fint. Når vi sier vi har stått en halvtime til trekvarter i telefonkø. Ja. Akkurat det er litt utfordrende. K1-5 Og det er ikke alltid det passer. Også må du gjerne vente på tur, også står du der og homper. Ganske frustrerende. Hvis det er 7 foran deg i køen som det ofte er.</p>	<p>Tidkrevdende og frustrerende å få kontakt med fastlege på telefon.</p>	<p>1. Vanskelig å nå lege på telefon</p>	<p>Begrensninger med lege</p>	
<p>K1-2 Noen ganger så er det litt frustrerende når du vet at legen skal komme på hjemmebesøk, også plutselig er han hos pasienten og så reiser han uten at vi får beskjed.</p>	<p>Frustrerende å ikke få tydelig beskjed fra lege om tidspunkt for hjemmebesøk.</p>	<p>2. Uklar kommunikasjon med fastlege</p>		

<i>K1-1 Jeg tenker også på det når vi kontakter lege for å få vurdering på en aktuell problemstilling, også kommer pasienten tilbake fra legetimen og vi får skriv fra legen hvor det ikke virker som han har sett på det vi mente var problemstilling i det heletatt.</i>	Får ikke alltid svar på problemstillinger de ber lege vurdere.	3.Mangler tilbakemelding på problemstilling		
<i>K2-3 Nå skulle det jo fungere, det skulle vel alltid fungere, at når du kommer hjem så skal alt være på plass. Det e det ikke alltid. De har egen koordinator som har tatt kontakt med sykehus/ sykehjem. Når vi kommer på besøk i hjemmet så skal det være på plass og tilrettelagt. Og det er det jo ikke alltid.</i>	Forventning om at hjelpemidler skal være klar til pasienten kommer hjem. Det stemmer ikke alltid.	1.Forventninger til andre blir ikke alltid møtt	Begrensninger med andre	
<i>K2-1 Der det skal være spesialtilpasset hjelpemidler. Dostoler og sånn kan vi bestille. Men når det begynner å bli mer motoriserte hjelpemidler, da har vi helst lyst at det skal komme en ergoterapeut og bestille. Det er ikke alltid det er mulig.</i>	Savner å samarbeide med ergoterapeuter i situasjoner der det må bestilles spesialtilpasset hjelpemidler.	1.Rett bruk av ressurser	Utnyttelse av ressurser	

<p><i>K1-2 (...) vi fikk på en måte liksom rydda opp endel spørsmål som vi lurte på og som pårørende og satt og lurte på for å si det sånn. Sånn at det gikk jo greit, og etter det så har det jo vært litt, altså det er sånn som du seie da har du jo et ansikt på den legen sant. Altså du, vi vett om hverandre. For å si det sånn da. De gangene jeg har vært med på det så syns jeg det har vært fruktbart, for å si det sånn da.</i></p>	<p>Nettverksmøte med blant annet fastlege og pårørende førte til at de fikk belyst endel problemstillinger, og bedre kjennskap til hverandre. Opplever nettverksmøter som fruktbare.</p>	<p>1.Fruktbart med møter</p>	<p>En felles møteplass</p>	<p><u>Nærhet og gode reasjoner</u></p>	<p><u>Relasjonens betydning</u></p>
<p><i>K1-2 Fysio/ergo som vi har her på huset er jo mye lettere å samarbeide med. Fordi de er fysisk i nærheten av oss. Vi har de rett nedi gangen og de kommer på faste møter hos oss. De er kjempegreie å samarbeide med.</i></p>	<p>Lettere å samarbeide med fysio og ergoterapeut da de deler samme bygg. Nærhet og faste møter fremmer gode relasjoner.</p>	<p>2.Fysisk nærhet fremmer samarbeid og gode relasjoner</p>			
<p><i>K2-3Det er så enkelt å bare stikke innom for å si noe og diskutere småting. Vi ser hverandre. Vi har en møteplass.</i> (...) <i>K2-4Det er så mye som blir løst der og da, istedet for at du skal gå og irritere deg. Drive og ringe og ikke treffe på personer. Bruke tid på sånne ting.</i></p>	<p>Enklere å diskutere småting og ta opp problemstillinger med faggrupper som har kontor i samme bygg.</p>	<p>3. Løser problemstillinger raskt</p>			
<p><i>K1-1 Du får endel. Vi er kanskje litt sånn at vi kun tenker på den og den tingen. Også sitter legen der og tenke på et helt hav. Og plutselig begynne å spør om sånn og sånn og sånn . Da begynne du å tenke og sånn, og du får kanskje informasjon som du kanskje ikke vet helt om.</i></p>	<p>Møter med leger kan føre til at tidligere ukjente problemstillinger blir belyst.</p>	<p>1. Større forståelse for pasientens problemstilling</p>	<p>Utfall av relasjon</p>		

<p>K1-3Hun ergoterapeuten har jo vært med oss hjem i stell og sett hva slags hjelpemidler som kan være til hjelp her.</p> <p>K1-1Hun har jo sagt og at hun vil det. For da er det lettere for henne å se det. Sevilke hjelpemidler vi trenger.</p> <p>K1-5Jeg syns det fungerer ganske godt.</p>	<p>Ved å ha med ergoterapeut i stellesituasjon er det lettere å få oversikt over hvilke hjelpemidler det er behov for.</p>	<p>2.Lærer av andre faggrupper</p>			
<p>K2-3 Også er det er noen (fastleger) som setter pris på oss. Og er veldig gode å samarbeide med. Så det er forskjell på de.</p>	<p>Å bli verdsatt som sykepleier gir opplevelse av bedre samarbeid.</p>	<p>1.Anerkjennelse for eget arbeid</p>	<p>Personlig opplevelse av god relasjon</p>		
<p>K2-4Det du sier er egentlig at det er personbetinget?</p> <p>K2-3Ja det er i grunnen det.</p> <p>Og mye kontor betinget.</p> <p>K2-4Samarbeidet.</p> <p>Det er jo.. det tilhører den menneskelige dimensjonen det.</p>	<p>Samarbeid varierer fra lege til lege, og fra de ulike legkontorene.</p> <p>Er personbetinget.</p>	<p>1.Samarbeid er personbetinget</p>	<p>Individet</p>	<p><u>Samarbeidet</u></p> <p><u>avhenger av behov</u></p> <p><u>og individ</u></p>	
<p>K1-3Det er forskjell på legene. Det er noen leger som ikke vil, eller det ikke passer å samarbeide med.</p>	<p>Opplever at noen leger ikke ønsker tett samarbeid, o g at andre setter pris på sykepleierne.</p>	<p>2.Samarbeid er personavhengig.</p>			



Parallellt tilførselsamt 20
NSD/UTS/Sepp
Kjeller
Tlf: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 26 50
E: nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. NO 221 896

Anne Norheim
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandthøg
4036 STAVANGER

Vår dato: 12.12.2011

Vår ref: 28760/3/5K

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, datert 16.11.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28760

Koordinering av pasient tjenester. Hvorfor rykspåner i hjemmerykspåner
samband og koordinering internt i kommunen.

Behandlingen, vedlig

Universitetet i Stavanger, ved institusjonens eneste leder

Daglig ansvarlig

Anne Norheim

Student

Sylvia Kristel Jensen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meddepliktig i
samband til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering fokuserer på at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i
meddelelsen, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-
helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis en melding dersom behandlingen endres i forhold til de
opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldingen gis via et eget skjema,
http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom
prosjektet fortsatt pågår. Meldingen skal sendes skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database,
<http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.10.2012, rette en henvendelse angående
status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Nævreth Kvalheim

Kjersti Håvardsson

Kontaktinformasjon: Kjersti Håvardsson tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Sylvia Kristel Jensen, Breivikveien 21a, 4014 STAVANGER

Vedlegg b - s 1

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 28760

Personvernombudet finner prosjektopplegget tilfredsstillende.

Informasjonsskrivet til utvalget er tilfredsstillende forutsatt at det tilføyes dato for når datamaterialet skal anonymiseres og/eller slettes.

Personvernombudet ber om å få tilsendt et revidert skriv før det tas i bruk.

Prosjektslutt er 30.10.12. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår.

Vedlegg b s 2

Forfatterveiledning

Nordisk sykeplejeforskning – Nordisk sykepleieforskning – Nordic Nursing Research er et vitenskapelig og fagfellebedømt tidsskrift som har som formål å styrke sykepleiefagets vitenskapelige grunnlag gjennom å formidle og spre kunnskap om klinisk og teoretisk forskning og utvikling knyttet til sykepleie, og de vitenskapelige metoder som benyttes i forskningen.

Tidsskriftet publiserer vitenskapelige artikler, fagartikler, diskusjons- og debattartikler, kronikker og bokanmeldelser.

Tidsskriftet eies av Dansk selskap for sykepleieforskning og Norsk selskap for sykepleieforskning og gis ut av Universitetsforlaget. Målgruppen er forskere innen sykepleievitenskap og helsefag, utdanningspersonell innen helsetjenestene, sykepleiere i klinisk praksis og andre fagprofesjonelle.

Levering av manuskript

Tidsskriftet publiserer artikler på dansk, norsk, svensk og engelsk og har rutiner for fagfellebedømming av manuskriptene.

Manuskripter sendes til ansvarlig redaktør som vedlegg til e-post:

olle.soderhamn@uia.no

Manuskriptstandard

Vitenskapelige artikler bør normalt ikke overskride 5000 ord eksklusive sammendrag (abstract) og referanseliste. Fagartikler bør ikke overskride 3000 ord. Diskusjons- og debattartikler, kronikker og bokanmeldelser bør ikke overskride 1800 ord.

Forfatterne oppfordres til å levere manuskripter med dobbelt radeavstand, ren tekst med minst mulig fet eller kursiv tekst, understrekking, innrykk, deling av ord og lignende.

Manuskriptet skal innholde en tittelside med type manuskript, antall ord, manuskriptets tittel, en forkortet versjon på tittel, navn og adresse til korresponderende forfatter, navn og e-postadresser til samtlige forfattere, deres stilling/utdanning og arbeidsplass. For medforfatterskap kreves at samtlige forfattere oppfyller Vancouverreglene, og videre skal bidraget karakteriseres av vitenskapelig redelighet og følge gjeldende lover og etiske retningslinjer (se for eksempel <http://www.etikkom.no/>).

Manuskriptet skal ha et sammendrag (abstract) på originalspråk (max 180 ord) og på engelsk inklusive engelsk tittel (max 200 ord). Sammendraget skal kortfattet beskrive artikkelens samtlige deler. Tre til seks nøkkelord som beskriver artikkelen og ikke forekommer i tittelen skal angis på begge språkene.

Forfattere til empiriske artikler oppfordres til å i hovedsak følge en struktur i sine manuskripter med Introduksjon/bakgrunn, hensikt/mål, metode, resultat/funn, diskusjon, konklusjon og referanser.


Referanser i teksten og i en alfabetisk ordnet liste angis i linje med den siste versjon av Publication manual of the American Psychological Association (<http://www.apastyle.org/>). Nummererte fotnoter nederst på siden kan brukes i tillegg. Plassering av tabeller og figurer angis i teksten med fortløpende siffer. Disse vedlegges sist i manuskriptet.

Korrektur

Forfatter får tilsendt et eksemplar av første korrektur som en pdf-fil vedlagt en e-post. Sider med opprettede korrekturfeil returneres per post eller som skannede filer til redaksjonssekretæren innen fem dager. Det må ikke foretas endringer i teksten mot antatt manuskript.

Særtrykk og webpublisering

Forfatter vil få en ferdig pdf-fil av artikkelen tilsendt etter at tidsskriftet er publisert. Artikler kan også kjøpes gjennom den Universitetsforlagets elektroniske tidsskriftsdatabase www.idunn.no, der artikler gjengitt i tidsskriftet også vil bli lagret. Forlaget tillater at forfattere arkiverer sin artikkel i åpne institusjonelle arkiv eller på eget nettsted, men bare i den versjon og det format som ble godkjent av tidsskriftets redaksjon. Versjoner, slik de fremkommer i trykket eller i elektronisk utgave, skal ikke benyttes til egenarkivering.



Nordisk sygeplejeforskning

Nordisk sykepleieforskning
/ Nordic Nursing Research





Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning går online og blir Nordisk Sygeplejeforskning!

Nordisk sygeplejeforskning er bygget på en sammenslåing av Dansk tidsskrift for sygeplejeforskning og Norsk tidsskrift for sykepleieforskning. To tidsskrifter med henholdsvis 26 og 12 årganger bak seg. Det er valgt en ny redaksjon og den vitenskapelige profilen er styrket. Første utgave av Nordisk sygeplejeforskning publiseres medio mars 2011.

Medlemmer av Norsk Selskap for Sykepleieforskning mottar tidsskriftet 4 ganger årlig som del av sitt medlemskap.

Fri online tilgang for medlemmer!
Tidsskriftet blir også tilgjengelig på www.idunn.no – Nordens ledende database for fagtidsskrifter.

For medlemskap, klikk deg inn på www.sykepleieforskning.no

DANSK SÆLSKAP FOR SYKEPLEIEFORSKNING NORSK SÆLSKAP FOR SYKEPLEIEFORSKNING UNIVERSITETSFORLAGET

Nordisk sygeplejeforskning / Nordisk Sykepleieforskning
Nordic Nursing Research

Forfattererklæring

Manuskriptets tittel

Korrespondanseansvarlig forfatter

Navn: _____

Adresse: _____

E-mail: _____ Telefon: _____

Det erklæres herved:

- ☐ At manuskriptet eller deler av manuskriptet ikke er publisert andre steder.
- ☐ At manuskriptet ikke er under vurdering i annet tidsskrift eller siteres/publiseres i annet tidsskrift under vurderingen.
- ☐ At gjeldende vitenskapelige og etiske retningslinjer er fulgt.
- ☐ At det ikke eksisterer interessekonflikter med hensyn til innholdet i manuskriptet.
- ☐ At krav med hensyn til opphavsrett er fulgt.
- ☐ At nødvendige tillatelser for publisering er innhentet.
- ☐ At personer og institusjoner som nevnes i manuskriptet har akseptert dette.
- ☐ At alle forfatterne oppfyller Vancouverreglene. Det vil si at de har bidratt med idé, planlegging og utforming eller analyse og innsamling eller fortolkning av data, har medvirket ved utarbeidelse eller kritisk innholdsmessig revidering av manuskriptet og godkjenning av det endelige manuskriptet.
- ☐ At referanser er oppgitt også for sekundære publikasjoner.

Tidsskrift:.....

Publikasjonsår/vol./side:.....

Underskriftene bekrefter at manuskriptet ikke tidligere har vært publisert i sin nåværende form.

<u>Manuskriptets forfattere</u>	<u>Dato</u>	<u>Underskrift</u>
--	--------------------	---------------------------

(Anført i den rekkefølge de nevnes i manuskriptet)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____